

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

583

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Jorge ACEVEDO QUINTANA

Né le 9 Novembre 1908, à TUNJA (Colombie)

LES
PROSTATITES CHRONIQUES

IMPORTANCE DE L'URÉTHROGRAPHIE
ET DE L'URÉTHROSCOPIE
POUR LE
DIAGNOSTIC DES FORMES LATENTES

Président : M. CHEVASSU, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

No _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Jorge ACEVEDO QUINTANA

Né le 9 Novembre 1908, à TUNJA (Colombie)

LES
PROSTATITES CHRONIQUES

IMPORTANCE DE L'URÉTHROGRAPHIE
ET DE L'URÉTHROSCOPIE
POUR LE
DIAGNOSTIC DES FORMES LATENTES

Président : M. CHEVASSU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TUFFINEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GULLAIN.
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANCON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.

BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES.	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUET Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-.....

DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIERS Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 BESANÇON (J.). Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

AUGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE ... Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL } Clinique médicale
 CHIRAY }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 VALLERY-RADOT }
 (Pasteur). }
 SEZARY }

MM.

BASSET
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER } Clinique chirurgicale
 HEITZ-BOYER. }
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }
 ECALLE }
 GUENIOT } Clinique obstétricale
 LE LORIER }
 LEVY-SOLAL ... }
 METZGER }

V. — Chargés de cours

MM.

RUPPE Stomatologie.
 CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

*A qui je dois tout, en témoignage de
mon profond amour filial et de ma très
grande reconnaissance.*

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
Le Docteur PEDRO J. ACEVEDO

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur MAURICE CHEVASSU

Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de
cette thèse et m'a fait le grand honneur
d'en accepter la présidence.*

*En hommage de bien vive reconnais-
sance et de respectueuse admiration.*

A Monsieur le Docteur PIERRE LAZARD

Assistant de Cytoscopie à l'Hôpital Cochin

*Qui, avec une si grande bienveillance,
m'a initié dans la technique des explora-
tions endoscopiques.*

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur F.-M. CADENAT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a été pour moi un maître particulière-
ment bienveillant.
En hommage de profonde gratitude.*

A Monsieur le Professeur MAURICE VILLARET

Professeur de Climatologie et Hydrologie Thérapeutique

Médecin de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a accueilli d'une manière si obligeante dans son service de l'Hôpital Necker.

Hommage de profonde reconnaissance.

A la Mémoire du Professeur FÉLIX LEJARS

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur LEREBoullet.

Monsieur le Professeur BRUMPT.

Monsieur le Professeur ROBERT DEBRE.

Monsieur le Docteur LOUIS RAMOND.

Monsieur le Professeur CARNOT.

Monsieur le Professeur Agrégé HEITZ-BOYER.

Monsieur le Docteur LEVANT.

Monsieur le Professeur Agrégé SEZARY.

INTRODUCTION

L'étude des prostatites chroniques reste toujours une question d'actualité qui intéresse de plus en plus, non seulement le spécialiste, mais tout médecin ; on sait, en effet, que parfois les foyers infectieux prostatiques peuvent être à l'origine de troubles non seulement d'ordre local, mais aussi d'ordre général.

C'est grâce au progrès accompli dans les explorations de la prostate qu'on a pu mieux connaître et la fréquence et l'étendue des lésions de cette glande. Auparavant, on devait se contenter des renseignements fournis par le toucher rectal, et l'examen des urines et du liquide prostatique pour poser un diagnostic. Plus tard, l'exploration endoscopique de l'urèthre permit de dépister l'existence de cavernes prostatiques, et finalement l'uréthrographie, la plus précieuse de toutes les méthodes d'exploration, nous a fait connaître comment les foyers infectieux pouvaient être nombreux et disséminés jusqu'à transformer parfois la prostate en une « véritable éponge purulente », selon l'expression de mon Maître M. le Professeur CHEVASSU.

Cependant il faut bien avouer que dans quelques cas, assez rares il est vrai, même ces explorations ne nous montrent pas de lésions nettes de prostatite,

à savoir, la présence d'orifices de cavernes visibles à l'examen endoscopique, et d'images de cavernes à l'uréthrographie.

Le mérite revient au Docteur P. LAZARD, assistant d'endoscopie à l'Hôpital Cochin, où il assure les examens depuis dix-sept ans, d'avoir observé que dans beaucoup de cas la prostatite chronique à signes physiques frustres, s'accompagne d'images uréthroscopiques, et uréthrographiques particulières.

Cette constatation nous a permis d'isoler une forme clinique de prostatite, que nous dénommons *prostatite chronique latente à cavernes fermées* et que nous nous proposons de faire connaître dans cette thèse.

Nous tenons à remercier vivement M. le Professeur CHEVASSU qui après nous avoir accueilli d'une façon si bienveillante dans son magnifique service de l'Hôpital Cochin où il nous a fait profiter de son magistral et précieux enseignement en urologie, a bien voulu nous inspirer ce travail.

Nous exprimons aussi notre profonde reconnaissance à M. le Docteur P. LAZARD, assistant de cystoscopie à l'Hôpital Cochin, qui nous a guidé dans la réalisation de cette thèse et nous a toujours prodigué ses précieux conseils.

ETIOLOGIE

L'inflammation chronique de la prostate est une affection de l'âge adulte, dont le maximum de fréquence se trouve entre 20 et 45 ans ; très rare à la puberté, elle n'est pas exceptionnelle au déclin de la vie où on la trouve parfois associée à l'hypertrophie de la prostate.

Causes déterminantes

La prostatite chronique peut faire suite à toutes les prostatites aiguës, soit à son premier stade, dit de folliculite, soit surtout à des abcès qui se vident d'une façon imparfaite et peuvent désormais prendre une évolution latente.

Mais en général la presque totalité des prostatites chroniques s'installe d'emblée chez les sujets atteints d'une uréthrite postérieure subaiguë ou chronique, surtout lorsqu'elle tend à se prolonger.

L'urèthre prostatique, où viennent aboutir les canaux excréteurs de la prostate, est pour ainsi dire, creusé dans cette glande, d'où la fréquence si grande de l'atteinte de la prostate dans les infections de l'urèthre postérieur. C'est ainsi que Hogge considère toute uréthrite postérieure comme étant une uréthro-prostatique chronique, et Frank, sur 210

cas d'urétrite chronique, a trouvé la glande prise dans une proportion de 100 %.

Guyon, Fringer et Neisser, admettent cette complication comme presque constante, tandis que Le Fur ne la trouve que dans 50 % des cas et Segon dans 40 %.

Jusqu'à ces derniers temps on a incriminé l'urétrite blennorragique comme étant la seule cause déterminant les prostatites chroniques et Guyon était de cet avis. Les auteurs modernes ont réagi contre ce préjugé et nous savons à l'heure actuelle qu'il y a des quantités d'affections chroniques de la prostate qui relèvent d'autres germes et qui se manifestent alors que le malade n'a pas eu la moindre atteinte gonococcique de l'urèthre ; Oberlander croit que 50 % des prostatites ne sont pas d'origine blennorragique.

Cette distinction de l'agent pathogène a amené quelques urologues à une division des prostatites en *spécifiques*, dans lesquelles se trouvent toujours des antécédents gonococciques, et les *non-spécifiques*, dont le micro-organisme causal peut être variable.

Dans les cas de prostatite spécifique il faut noter que ce sont surtout les urétrites prolongées et compliquées qui vont de préférence se propager à la prostate :

Notthaft trouva sur 1.530 cas d'urétrites :

« 46 % de prostatites dans les 6 premiers mois de la blennorragie ;

« 66 % des prostatites dans les 12 premiers mois et :

« 72 % au delà d'un an. »

Jusqu'ici nous avons vu qu'avant de gagner la glande prostatique, l'infection se localisait à l'urèthre, cependant Golberg et Sharff ont affirmé l'existence de prostatites sans que l'urèthre soit infecté.

Harrison et Ledwich ont attiré l'attention sur celles qui se montrent au moment de la puberté en dehors de toute uréthrite.

Weight admet la localisation primitive des microbes dans la prostate où ils trouveraient un lieu d'élection.

Mais cette lésion d'abord isolée pourrait se propager secondairement à l'urèthre, le sens de propagation de l'infection étant à l'inverse de ce qui se passe dans les prostatites spécifiques. Cependant dans beaucoup de cas les foyers uniques ou multiples resteraient cantonnés dans la prostate évoluant d'une façon latente, ne se manifestant souvent que par quelques symptômes subjectifs extrêmement frustes, avec signes physiques parfois nuls et ne pouvant être dépistés dans un grand nombre de cas que par des explorations endoscopiques et par l'uréthrographie qui nous montreront une légère déformation de la lumière de l'urèthre.

On a observé aussi des prostatites chroniques au cours de maladies d'ordre général, telles que la grippe, les angines, la furonculose et surtout des affections gastro-intestinales, depuis la constipation

opiniâtre et les hémorroïdes jusqu'à l'entérite et la colite. La manifestation urinaire de ces maladies consiste en une bactériurie qui infecte la prostate au passage.

Causes prédisposantes ou occasionnelles

Elles peuvent être d'ordre général et d'ordre local. Parmi les premières il semble que l'arthritisme, le lymphatisme, le surmenage et peut-être le pouvoir presque nul ou très atténué d'immunité qu'ont quelques sujets, jouent un rôle en éternisant l'infection de l'urèthre.

Plus importantes encore sont les causes locales, dont la fréquence est aussi plus grande. En effet nous y trouvons tout ce qui détermine une congestion de la prostate, qu'il s'agisse des fonctions physiologiques ou bien de traumatismes par sondages, dilatations, etc... et qui rendent la prostate très apte à l'infection.

Le traitement insuffisant ou mal conduit de la blennorragie ou d'une prostatite aiguë a une importance capitale. De la même manière qu'au cours du traitement d'une uréthrite, un lavage maladroit peut déterminer une prostatite aiguë, il est aussi susceptible de provoquer une infection à marche chronique de la glande prostatique. Nous voulons rappeler ici que M. le Professeur Chevassu insiste toujours, disant qu'il est impossible de connaître d'une façon précise la quantité de liquide qu'on peut

injecter dans un urèthre antérieur sans risque d'atteindre la région prostatique ; en effet on a observé en suivant, au cours de l'uréthrographie, la pénétration du lipiodol sous l'écran que cette quantité est fort variable d'un sujet à l'autre et que si en général il faut introduire de 6 à 8 cc., les cas ne sont pas exceptionnels où 5 et parfois même 3 cc. suffisent pour franchir le sphincter membraneux.

BACTERIOLOGIE

Nous avons vu que le gonocoque est le responsable dans la plupart des cas. Cependant on ne le trouve que très rarement à l'examen microscopique, car il envahit la glande et semble préparer les tissus à la continuation de l'infection par d'autres micro-organismes qui vont le remplacer graduellement dans un temps limite d'un an et demi, selon les études de Notthaft, confirmées par celles de Gulver ; une fois ce délai passé on ne trouverait que des microbes secondaires. Néanmoins dans quelques cas il disparaît plus rapidement et dans d'autres il persiste de longues années, comme l'a observé Wesson.

Ces organismes secondaires, d'après les expériences de Hérold, arriveraient à la prostate par voie sanguine. Cependant nous croyons que dans la plupart des cas ils se propagent directement, car ils sont en général des hôtes normaux ou pathologiques de l'urèthre.

Lowsley, Joung, Pelouze et d'autres qui ont étudié sérieusement la bactériologie des prostatites, rencontrent fréquemment dans les sécrétions de la prostate, le staphylocoque, le colibacille, quelquefois des bacilles diphtéroïdes, plus rarement le gonocoque et un organisme indéterminé.

Mais chacun de ces germes peut à lui seul être

l'agent de la prostatite sans que le gonocoque n'y soit pour rien.

Nous ne croyons pas devoir admettre les prostatites dites aseptiques ; en effet, Jugano démontra toujours la présence d'anaérobies dans les affections prostatiques étiquetées comme étant amicrobiennes. Des cas ne sont pas exceptionnels, où une urétrite ou une prostatite est tenue comme aseptique jusqu'au jour où le microbe apparaît soit à la suite d'une instillation de nitrate d'argent qui l'a réactivé, soit après un massage de la prostate qui débouche une cavité où il était caché.

Chez les individus atteints d'hypertrophie de la prostate ou chez les rétrécis aseptiques il y aurait au début une irritation mécanique et une distension des acini par la sécrétion glandulaire, parfois aussi par l'urine, mais on ne peut parler de prostatite proprement dite, que le jour où les microbes ont atteint la glande par un mécanisme quelconque. Cette infection peut facilement se faire à cause de la dilatation des canaux excréteurs, et aussi des multiples interventions auxquelles sont soumis ces malades.

PATHOGENIE

Les microbes peuvent emprunter plusieurs voies pour atteindre la prostate, la plus fréquente étant la *glandulaire ascendante*, où la propagation de l'infection aux acini et aux culs-de-sac glandulaires se fait à partir de l'urèthre postérieur par les canaux excréteurs de la prostate.

Chez les rétrécis ces canaux sont fréquemment dilatés à cause de la tension de l'urine en amont de la stricture et en outre il y aurait une rétention des produits de sécrétion, d'où l'infection trouve un moyen facile pour atteindre la glande prostatite et les agents microbiens un milieu très propice à leur développement.

La voie *sanguine* s'observe dans les prostatites dites métastatiques. Au cours de quelques maladies générales les microbes seraient amenés directement au niveau de la prostate par le sang. D'autres fois le point de départ des agents pathogènes serait une infection locale.

La prostate serait atteinte par voie sanguine dans 40 % des cas, d'après les recherches effectuées par Von Lackum à la clinique des Frères Mayo, de Rochester.

Pour les Américains, les inflammations d'origine

dentaire seraient le point de départ de l'infection dans un grand nombre de prostatites.

Parfois, le chemin qu'ils parcourent est plus compliqué, mixte pour ainsi dire : au cours d'une bactériémie, les microbes s'éliminant par le rein, vont infecter l'urèthre d'où ils gagneront la prostate par voie ascendante.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire la voie *directe*, très rare, les microbes étant directement portés au niveau de la glande à la suite d'une blessure accidentelle ou chirurgicale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etant donné que presque toujours les lésions de la prostate ne sont pas isolées, mais accompagnées de celles de l'urèthre postérieur, il faut décrire ce qui correspond à chacun de ces organes.

Les pièces d'autopsie dont on a disposé, sont très peu nombreuses. Les premières études à ce sujet sont dues à Verdier et à Le Dentu.

Ces derniers temps, son étude s'est enrichie grâce aux travaux de S. Alexander qui, ayant préconisé la prostatectomie dans les cas d'inflammation chronique de cette glande, a permis de se procurer beaucoup de pièces.

Mais on doit apprécier l'utilité si grande de l'uréthrographie et de l'uréthroscopie, qui ont permis de faire sur le vivant l'anatomie des lésions de la prostate et de l'urèthre. Nous consacrerons un chapitre à part à ces deux précieuses méthodes d'exploration.

A. — Lésions de la prostate

a) Macroscopiquement.

La prostate atteinte d'inflammation chronique peut avoir un volume variable. Dans quelques cas rarissimes on a signalé son atrophie ; en général elle pré-

sente une augmentation de volume qui dans la majorité des cas n'est pas considérable.

On observe très fréquemment à sa surface des bosselures irrégulières, variables en nombre et en dimensions et qui sont ensemencées dans un tissu apparemment sain. Souvent ces lésions siègent uniquement à l'un des lobes qui apparaît alors plus développé et présente des inégalités dans sa consistance, mais il y a des cas où elle est uniformément dure, et d'autres plus rares, où elle est au contraire flasque et distendue.

Les lésions ont pour siège d'élection la région postéro-latérale de la glande. Cependant lorsqu'elles ne sont pas très développées, ou lorsqu'elles occupent la partie centrale de la glande, en plein parenchyme, elles peuvent passer inaperçues. Cela explique quelques cas de prostatites non diagnostiquées même après plusieurs examens, car le toucher rectal se montre négatif.

A la coupe la surface de section est homogène, non lobulée, grisâtre, à aspect aérolaire, à cavités extrêmement petites qui fait ressembler la masse à une éponge d'où sort un liquide laiteux très abondant.

Dans les prostatites anciennes on peut voir des abcès de volume variable entourés d'un tissu fibreux.

b) Microscopiquement.

On distingue deux phases : phase pyodesquamative et phase de sclérose.

PHASE PYO-DESQUAMATIVE.

L'infection, qui a gagné quelques acini et quelques culs-de-sac glandulaires, soit en remontant le long des canalicules, soit par voie artérielle, lymphatique ou veineuse, va déterminer une réaction inflammatoire qui provoquera une diminution de calibre des canaux. Il s'en suivra une distension des glandules correspondantes, qui seront remplies par un mélange de liquide de sécrétion, de leucocytes, de débris épithéliaux et de pus.

Une sorte de petits abcès s'étant ainsi formés, quelques-uns d'entre eux peuvent se réunir par nécrose de leurs cloisons et en constituer d'autres plus volumineux, qui, dans certaines circonstances, pourront se frayer un passage (le plus souvent vers l'urèthre), parfois sans que le malade s'en rende compte, car les symptômes peuvent être extrêmement frustes ou nuls et le pus provenant de l'abcès se mélangeant à celui de l'urétrite n'éveille pas l'attention du malade, mais ne se cicatrisant guère sans séquelles, il persistera des poches et souvent des fistules prostatouréthrales.

Exceptionnellement les lésions ont atteint la totalité ou un grand nombre d'éléments de la glande, constituant une *prostatite diffuse*. Le plus souvent on a affaire à une *prostatite disséminée*, le nombre de glandules prises étant réduit seulement à quelques groupes répandus dans une prostate dont la plus grande partie est respectée.

L'inflammation cependant ne se limite pas aux élé-

ments épithéliaux, elle s'étend aussi au tissu interstitiel périacineux, qui est infiltré de leucocytes et remonte souvent en manchon le long des tubes excréteurs.

PHASE DE SCLÉROSE.

L'infiltration interstitielle, qui contiendra aussi quelques éléments conjonctifs, va se transformer en un tissu fibreux qui étouffera définitivement les acini, les culs-de-sac et les canaux excréteurs.

Une coque fibreuse enveloppe alors les abcès et les glandules dilatées. Dans la prostatite disséminée ils seront perçus par le doigt qui pratique le toucher rectal comme des noyaux durs, en général peu nombreux, ensemencés dans un seul ou dans les deux lobes.

Dans les prostatites diffuses le tissu fibreux recouvre toute la glande, qui se présente au doigt uniformément dure et régulière.

Les glandes et les acini ainsi doublés de cette coque, constituent eux-mêmes des poches irrégulières bourgeonnantes, contenant un liquide visqueux et purulent. Ce sont des cavités que quelques auteurs appellent diverticules, mais que nous continuerons à dénommer *cavernes*, car l'expression de diverticule correspond, ailleurs, à des formations congénitales, et on n'a jamais démontré que les soi-disant diverticules prostatiques aient une pareille origine.

Les canaux excréteurs peuvent rester béants, mais dans la majorité des cas ils sont oblitérés par des

débris fibreux et le contenu des cavernes ne pourra trouver une issue que lorsqu'ils seront débouchés à l'occasion d'un acte physiologique, de la défécation, ou si l'on pratique le massage de la prostate.

Dans certains cas le liquide s'évacuera en suivant un trajet fistuleux prostatato-urétral qui aurait pu se former depuis un temps plus ou moins reculé, à l'occasion d'un abcès de prostatite aiguë ou bien à la période pyodesquamative.

Il y a des cas où l'on ne trouve pas du côté de l'urèthre la moindre trace d'orifices des canaux excréteurs qui communiquent avec une caverne certainement existante. Cela serait dû à ce que les orifices sont trop petits pour être décelés, ou, peut-être, à la disparition définitive des conduits étouffés par la sclérose péri-canaliculaire.

Mais quel que soit l'état des canaux, même s'ils sont béants ou s'il existe une fistule, les cavernes ne se videront pas et le contenu purulent qui y stagne va prolonger indéfiniment l'infection. Il y a là aussi un foyer d'intoxication due surtout aux microbes d'infection secondaire, car le gonocoque ne se trouverait que rarement.

L'urine peut aussi séjourner dans ces cavités, et des substances qu'elle contient normalement en dissolution vont se précipiter pour former les calculs prostatiques, lesquels ne sont pas rares dans les prostatites chroniques.

Il faut savoir que la sclérose interstitielle peut

comprimer des filets nerveux, ce qui expliquera les sensations pénibles dont se plaignent ces malades.

B. — Lésions de l'urèthre

Il s'agit des lésions d'urétrite chronique qui accompagnent presque toutes les prostatites chroniques.

Urèthre postérieur.

Ce sont surtout celles qui siègent au niveau de l'*urèthre postérieur* qui nous intéressent.

Rarement généralisées, le plus souvent ces lésions circonscrivent les glandes infectées, laissant entre elles des espaces où la muqueuse apparaît normale.

La muqueuse peut présenter des lésions congestives ou œdémateuses à différents degrés. Nous y reviendrons au chapitre de l'uréthroscopie.

Il y a toujours une tendance à l'épidermisation de la muqueuse, qui peut aller depuis la simple stratification de l'épithélium cylindrique, jusqu'à son épaissement, lequel peut prendre l'aspect d'une véritable leucoplasie.

Les glandes péri-uréthrales pourraient subir des lésions diverses, difficiles d'ailleurs à distinguer des lésions de la prostate elle-même ; quelques-unes seraient complètement étouffées par la sclérose du tissu conjonctif environnant ; d'autres constitueraient des sortes de kystes ou poches à contenu septique.

Les canaux éjaculateurs sont souvent rétrécis par

le tissu de sclérose ; parfois, au contraire, ils sont dilatés et rigides. Ces lésions expliquent les troubles de l'éjaculation si fréquents au cours des prostatites chroniques.

Les lésions atteignent souvent le *veru-montanum*, qui est œdématié, et l'utricule prostatique. Les lésions du *veru* semblent dans beaucoup de cas être à l'origine de l'impuissance dont sont atteints parfois ces malades.

Ce qui est essentiel, c'est de ne jamais considérer les lésions de l'urèthre prostatique comme les lésions principales ; *a priori*, elles sont liées à des lésions prostatiques beaucoup plus importantes. Il en est de même des lésions du *veru-montanum*, qui semblent toujours en liaison avec des prostatites ou des vésiculites.

Urèthre antérieur.

Au niveau de l'urèthre antérieur on peut trouver diverses lésions d'urétrite chronique, sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Mais nous remarquerons la fréquence des *rétrécissements* chez les individus atteints de prostatite chronique. Il est possible qu'ils soient la conséquence de la suppuration qui, sans arrêt, vient des cavernes. En effet, c'est à la région bulbaire, point déclive où les petites suppurations stagnent, que se fait la sténose. La lumière de l'urèthre est à ce niveau irrégulière et ses parois manquent d'élasticité.

C. — Lésions diverses

On peut encore citer d'autres lésions associées, telles que les vésiculites (qui sont souvent la cause de l'éternisation de l'infection), les déférentites, les épидидymites, les orchites, qui sont de véritables complications et dont l'étude sort du cadre de notre sujet.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la prostatite chronique sont très variables ; ils présentent un polymorphisme considérable qui fait souvent égarer le diagnostic. À côté des cas où celui-ci est évident il y en a d'autres où elle se manifeste par une symptomatologie d'emprunt, sans signes urinaires ; l'atteinte de la prostate peut alors être méconnue si l'on ne songe pas à l'explorer méthodiquement.

Le début est en règle générale insidieux.

Le sujet porteur d'une urétrite postérieure, plus rarement d'une blennorragie ou d'une prostatite aiguë, verra s'installer peu à peu chez lui les symptômes de prostatite chronique.

Cependant, dans un nombre très réduit de cas, le début se fait d'une façon bruyante, par de la fièvre, des douleurs, et quelquefois une hématurie terminale. Les signes de prostatite apparaîtront presque en même temps. Cette sorte de début est propre aux prostatites à colibacille et la symptomatologie relève d'une petite pyélonéphrite concomitante.

Signes subjectifs

Très variés sont les troubles qui font décider le malade à consulter son médecin.

D'une façon presque constante le sujet éprouve des *sensations pénibles*, tantôt sous forme de malaises indéfinissables, vagues, tenaces, surtout à la région sacro-iliaque ; tantôt sous forme de pesanteur, plus rarement de véritables douleurs, en général peu intenses.

Ces troubles siègent au niveau du périnée, du rectum, de l'urèthre, de la région sacro-iliaque, et présentent des irradiations diverses, le long du cordon, à la racine des bourses, aux jambes, parfois aux genoux, très fréquemment à la région lombaire. Les névralgies testiculaires ne sont pas rares.

D'autres fois ce sont des élancements, des brûlures et au niveau du rectum une sensation de corps étranger.

Ces manifestations pénibles s'atténuent ou même disparaissent à certaines époques, pour réapparaître avec une intensité plus ou moins grande à l'occasion d'une poussée congestive survenue à la suite de toutes sortes d'excès.

Gulver attribue un grand nombre des symptômes que nous venons d'énumérer à la compression de quelques filets nerveux sensitifs par la sclérose du tissu interstitiel de la prostate.

Troubles de la miction.

D'intensité fort variable, en rapport avec les poussées congestives, ces troubles de la miction ne sont autre chose que des signes de prostatisme, relevant,

soit d'une uréthro-cystite concomitante, soit de l'augmentation de volume de la prostate.

Les besoins d'uriner peuvent se présenter d'une façon impérieuse, le malade ne pouvant absolument pas les réprimer. En outre, ils sont plus fréquents que chez le sujet normal et cette pollakiurie est surtout diurne, disparaissant la nuit, pendant le sommeil.

Souvent il y a un retard du jet, qui est fréquemment déformé et dépourvu de force.

Des douleurs et des brûlures à la miction ne sont pas rares.

Chez certains sujets on peut observer une rétention incomplète d'urine, pouvant aller exceptionnellement jusqu'à la rétention complète.

Troubles sexuels.

Comme tous les autres symptômes de la prostatite chronique, ces troubles sont variables et inconstants. Il est possible qu'ils soient en rapport avec les lésions du *veru-montanum* et des canaux éjaculateurs.

Ils peuvent se présenter sous deux formes bien différentes : chez les uns, ils se manifestent par des érections très fréquentes, persistantes, surtout accusées la nuit, suivies parfois d'éjaculations involontaires. Les éjaculations volontaires pouvant être prématurées ou retardées et souvent pénibles et douloureuses. Chez d'autres, les érections sont, au contraire, diminuées, mal soutenues et parfois disparaissent

complètement. On a observé quelquefois de l'hémospemie.

A côté de ces troubles sexuels, nous voulons signaler un autre symptôme très fréquent et qui inquiète beaucoup les malades, symptôme pour lequel ils viennent très souvent consulter le médecin : c'est l'écoulement par le méat d'un liquide blanchâtre, parfois un peu jaune, non visqueux, qui s'effectue soit spontanément, soit le plus fréquemment à l'occasion d'un effort et surtout de la défécation, donnant au premier jet un aspect laiteux, mais pouvant parfois ne se manifester qu'à la fin de la miction. Il laisse sur le linge des taches jaunâtres ou grisâtres à bords irréguliers.

Au moment de l'évacuation de ce liquide, le malade peut ressentir une certaine gêne ou un chatouillement dans le canal, suivie parfois d'une sensation de lassitude et de fatigue.

Il s'agit du *liquide prostatique*. Nous en reparlerons plus loin.

Entre les mictions, un autre liquide peut apparaître au méat. Il est d'abondance variable, pouvant n'être parfois qu'une simple goutte. Ce liquide, dont l'aspect est louche ou clair, est en rapport avec une uréthrite concomitante et il importe de ne pas le confondre avec le liquide des glandes de Cowper qui est incolore, visqueux, filant et ne s'écoule qu'à l'occasion d'une excitation sexuelle ou après une érection prolongée. Examiné au microscope, ce liquide ne ren-

ferme que du mucus sans aucun élément anatomique.

Troubles nerveux.

Les troubles nerveux s'observent avec une fréquence très grande chez les malades atteints de prostatite chronique.

Ils seraient la conséquence de l'intoxication par des toxines microbiennes provenant des cavernes prostatiques, surtout lorsque le colibacille, soit comme agent direct de la prostatite, soit comme microbe d'infection secondaire, est en cause, car ainsi que l'a fait remarquer M. le Professeur Chevassu, il s'avère particulièrement neurotoxique.

Les malades se présentent très souvent comme des hypocondriaques, des déprimés, des neurasthéniques et les cas ne sont pas rares où le médecin les prend pour des névropathes ou de faux prostatiques. Ils peuvent même être atteints d'une véritable psychose, dont la cause réside dans l'infection prostatique. Cela se voit surtout lorsqu'il existe des cavernes fermées ou communiquant insuffisamment avec l'urèthre. Dans la plupart de ces cas les signes physiques sont extrêmement frustes et l'atteinte de la prostate peut passer inaperçue, même après un examen consciencieux, à moins que l'on pratique des explorations endoscopiques et uréthrographiques qui, parfois, seules permettront de faire le diagnostic.

Mais il est à remarquer que les troubles psychiques disparaissent lorsque les cavernes s'ouvrent, soit

spontanément, soit après avoir fulguré au point d'élection.

Symptômes divers, métastatiques.

Ce sont des manifestations à distance dues vraisemblablement, comme pour les troubles nerveux, aux toxines charriées par le sang depuis les foyers infectieux prostatiques.

Il est important de connaître ces manifestations qui accompagnent souvent les symptômes dont nous avons déjà parlé, mais parfois elles sont isolées, rien n'attirant l'attention du côté de la prostate.

Ces malades sont souvent des affaiblis généraux, des fatigués, fréquemment des dyspeptiques; ils présentent de l'anorexie, des digestions difficiles, de la céphalée, de l'insomnie, etc.

D'autres fois c'est pour de l'anémie secondaire, des troubles vaso-moteurs, que ces malades viennent en consultation.

Dans quelques cas, on peut observer des accidents généraux à type septicémique dont le point de départ pourrait être un foyer prostatique.

Mais sans doute les *arthrites* sont les manifestations à distance les plus fréquentes chez ces malades.

Signes objectifs

Ces signes sont très importants à connaître, car ce sont eux qui vont nous permettre de faire le diagnos-

tic. Ils nous sont fournis par les diverses méthodes d'exploration de la prostate.

Toucher rectal.

C'est le point capital de l'examen. Il nous permet dans un grand nombre de cas d'affirmer le diagnostic.

Si l'on veut faire un toucher rectal minutieux, on doit s'assurer au préalable que la vessie est vide. Le malade est couché sur le dos, le siège relevé au moyen d'un coussin ou en lui faisant placer ses poings fermés sous ses fesses, les membres inférieurs légèrement fléchis et en abduction.

Il est bon d'explorer chaque côté de la prostate avec la main du même nom, c'est-à-dire lobe droit avec l'index de la main droite, lobe gauche avec l'index de la main gauche. L'urologue, placé du côté qu'il explore, déprimera avec la main libre la paroi abdominale du patient au-dessus du pubis, de la même façon que l'on pratique une exploration gynécologique.

Chez quelques malades gras ou à périnée épaisse la position genu-pectorale peut être utilisée, sinon on aura recours à la petite manœuvre suivante, qui facilite parfois le toucher chez de tels sujets : le malade étant en décubitus dorsal, on le prie de fléchir au maximum ses jambes sur ses cuisses et celles-ci sur son bassin, comme s'il voulait toucher sa poitrine avec ses genoux et ses fesses avec ses talons, en

s'aidant avec ses mains qu'il placera au niveau de ses creux poplités.

A L'ÉTAT NORMAL, la prostate se présente au doigt qui palpe à travers la paroi rectale antérieure, comme étant formée par deux lobes, ayant chacun la forme et la grandeur d'une petite noix, dirigée de haut en bas et du dehors en dedans, de telle sorte que les deux pôles inférieurs se touchent et les deux pôles supérieurs sont écartés. De cette disposition il résulte que les deux lobes circonscrivent entre eux un espace triangulaire à sommet inférieur, qu'on appelle le *sillon médian*.

La glande ne fait pas véritablement saillie dans le rectum, mais le doigt qui palpe peut la délimiter d'une façon nette. Latéralement ses bords arrondis sont séparés du bassin par une gouttière verticale, qu'on perçoit avec le bout du doigt.

Sa base supérieure a la forme en cœur de carte à jouer classique ; elle est lisse et régulière.

La surface de la glande, lisse et régulière aussi, a une consistance assez ferme et élastique, mais sans aucune dureté.

La pression exercée par le doigt ne déterminera aucune douleur lorsque la prostate est indemne, sa sensibilité étant très obtuse.

A l'état normal les vésicules séminales ne sont perçues qu'exceptionnellement, chez des sujets depuis longtemps continents.

UNE PROSTATE ATTEINTE DE PROSTATITE CHRONIQUE peut voir ses caractères se modifier plus ou moins :

Le volume : Fréquemment on observe l'augmentation de volume, en général peu considérable, de l'un des lobes, mais quelquefois cette modification porte sur la totalité de la glande. Dans beaucoup de cas cependant, son volume reste normal.

La surface, le plus souvent irrégulière, présente des noyaux durs, de préférence localisés vers les bords de l'un ou des deux lobes. Leur nombre, en général, est très restreint, ne dépassant guère quatre ou cinq, mais quelquefois ils sont plus nombreux et peuvent être disséminés sur toute la surface de la prostate. Parfois ces noyaux sont remplacés par des dépressions, reliquats d'abcès vidés.

La consistance de la glande est variable, elle est tantôt ferme, moins élastique qu'à l'état normal, tantôt molle dépressible soit dans sa totalité, soit dans quelques points qui contrastent avec la zone plus dure et saillante qui les entoure et donnent, selon l'expression classique de Guyon, « la sensation d'une étoffe souple, tendue sur un cadre rigide ».

Mais on n'aura jamais (ou seulement dans des cas rarissimes) une véritable sensation de fluctuation et rénitence, à cause de la carapace fibreuse qui entoure les cavernes prostatiques et du défaut de tension du liquide contenu dans ces cavités.

Dans les cas de prostatites diffuses, la glande est régulière et d'une dureté ligneuse ; le diagnostic avec

le cancer de la prostate devient alors particulièrement difficile.

Les limites de l'organe restent généralement intactes ; néanmoins, il peut se produire une infiltration périglandulaire qui les rend imprécises, mais cela est plutôt rare.

Un signe dont la valeur diagnostique n'est pas négligeable, est *la douleur*, souvent peu vive, qu'accuse la prostate à la pression exercée par le doigt et qui est presque toujours accrue au niveau des nodules.

Le toucher rectal pourrait aussi dans quelques cas nous renseigner sur la présence de calculs prostatiques, qui ne sont pas exceptionnels dans les prostatites chroniques et que révèle parfois une crépitation neigeuse caractéristique. En tous cas, une bonne radiographie du bassin faite « à bassin ouvert » montre toujours les calculs.

Lorsqu'il y a une vésiculite on pourra palper l'une ou les deux vésicules séminales qui font saillie au-dessus de la prostate, de chaque côté de la ligne médiane, et se dirigent obliquement en haut et en dehors. Leur volume est plus ou moins considérable, leur forme en poire très allongée, souvent bosselée, et leur consistance ferme.

Mais quelquefois, même en l'absence de toute vésiculite, elles sont perçues comme deux masses lisses, régulières, fermes, parfois volumineuses. Cela est dû à ce qu'elles sont distendues par le liquide spermatique, qui ne peut pas s'éjaculer facilement par suite

de la compression ou de la sclérose des canaux éjaculateurs.

Le liquide prostatique.

Le simple toucher rectal ou l'expression de la prostate peut faire sourdre au méat le liquide prostatique, dont nous avons parlé lors de l'étude des signes subjectifs.

Macroscopiquement, ce liquide est blanchâtre, parfois un peu jaune, non visqueux, et donne au premier jet un aspect laiteux, mais parfois c'est seulement dans les dernières gouttes qu'il se manifeste.

Difficilement on obtient ce liquide sans qu'il soit mélangé à celui des vésicules séminales et aux sécrétions glandulaires de l'urèthre. Pour son examen on peut procéder de la façon suivante comme le conseille Oraison : on fait d'abord uriner le malade, puis on lave soigneusement l'urèthre antérieur. On introduit alors une petite quantité de liquide incolore dans la vessie et l'on pratique le massage de la prostate, en ayant soin de ne pas toucher aux vésicules séminales. Le malade rend alors le liquide qui sert à l'examen microscopique et aux cultures si c'est nécessaire.

Mais on n'aura jamais la certitude que le liquide ainsi obtenu est uniquement prostatique.

Le liquide prostatique pathologique aurait une réaction alcaline, alors qu'il se montre acide à l'état normal.

La coloration rouge vineux que prend une solution faible de permanganate de potasse et d'acide borique au contact du liquide prostatique, serait, pour Carl Alexander, un bon signe de l'état pathologique de ce dernier. Par contre, la coloration de la solution ne changerait pas si le liquide était normal.

A l'examen microscopique, on trouve des leucocytes (dont la quantité n'est pas, d'après les observations de Von Lackum, un critérium de virulence de l'infection prostatique), des cellules épithéliales, cylindriques, quelquefois des spermatozoïdes plus ou moins altérés. La présence de corpuscules amyloïdes n'est pas constante. Parfois on trouve des globules rouges et souvent des microbes variés : staphylocoque, streptocoque ; le gonocoque est plus rare.

Les cristaux de Boetcher seraient diminués ou absents dans un liquide pathologique. Voici comment on fait pour les rechercher : « On met sur une lamelle de verre une goutte de liquide et on ajoute une goutte d'une solution de phosphate acide d'ammoniaque au 1 % ; au bout d'une heure on peut observer de gros cristaux allongés ou réunis en étoile, qu'on trouve surtout au niveau des bords de la préparation ».

Il faut savoir aussi que le massage d'une prostate normale peut faire apparaître au méat du liquide prostatique blanchâtre et non visqueux, mais peu abondant, acide et ne contenant pas de leucocytes ni de globules rouges.

Examen des urines.

Les renseignements obtenus par l'examen de l'urine des malades atteints de prostatite chronique sont très variables et sans aucun caractère bien défini.

On sait que dans la miction le premier jet lave l'urèthre et le dernier contient l'expression de la prostate.

Le verre intermédiaire peut se trouver infecté si les sécrétions prostatiques sont abondantes de ce fait que l'urèthre prostatique constitue toujours une cavité virtuelle et que la tonicité de la prostate tend normalement à expulser le contenu de l'urèthre prostatique dans la vessie. La tonicité du sphincter vésical, moindre d'habitude que celle du sphincter membraneux, explique le reflux habituel du liquide de l'urèthre prostatique dans l'urine vésicale.

L'épreuve classique des trois verres, qui doit être toujours pratiquée, peut nous donner les résultats suivants, lorsque la vessie est indemne :

PREMIER VERRE : Urines claires ou troubles avec peu de filaments lourds. Mais s'il existe une uréthrite antérieure, ce premier verre peut contenir de très nombreux filaments.

DEUXIÈME VERRE : Urines claires ou légèrement troubles avec peu ou point de filaments.

TROISIÈME VERRE : Urines claires ou troubles avec beaucoup de filaments épais et lourds qui gagnent vite le fond du verre. Cela indique l'atteinte de

l'urèthre postérieur. A côté de ces filaments existant seuls, on peut en voir d'autres, petits, courts, en virgule, attribués par quelques auteurs à l'inflammation des glandes prostatiques, mais qui probablement peuvent prendre naissance dans toutes les glandes du canal.

Quelquefois, les filaments sont extrêmement petits, réduits à des poussières qui tourbillonnent dans toute la masse du liquide.

Si on étale sur une lame ces filaments, recueillis de l'urine au moyen d'un fil de platine (ou le culot de centrifugation lorsqu'ils sont peu nombreux ou très petits) et si on examine la préparation au microscope après coloration, on peut trouver des leucocytes à noyau souvent irrégulier et fortement coloré, des cellules pavimenteuses et quelquefois des microbes : staphylocoque, colibacille ; plus rarement le gonocoque.

Epreuve de Wolbarts : Le procédé de Wolbarts, que certains préconisent, est le suivant :

« a) Laver soigneusement l'urèthre antérieur, l'eau de lavage étant recueillie, le verre n° 1 contient les sécrétions de cet urèthre ;

« b) Introduction d'une sonde qui recueillera l'urine de la vessie. Le verre n° 2 contient le pus vésical s'il en existe.

« La vessie étant bien lavée, on injecte dans sa cavité 100 à 150 grammes de liquide, et l'on retire la sonde ;

« c) Le malade urine une partie du liquide laissé

dans la vessie dans un troisième verre, qui va recueillir les seules sécrétions existant à ce moment dans le canal, celles de l'urèthre postérieur ;

« d) Massage de la prostate après lequel le malade urine le reste du liquide vésical ; le quatrième verre contiendra les sécrétions prostatiques. »

L'EXPLORATION ENDOSCOPIQUE ET RADIOLOGIQUE DE LA PROSTATE

Les méthodes d'exploration que nous avons étudiées jusqu'ici, c'est-à-dire le toucher rectal, l'examen du liquide prostatique et des urines, ne peuvent dans tous les cas nous fournir des renseignements précis et suffisants.

Le toucher rectal peut d'abord présenter des difficultés pour être pratiqué chez les sujets gros ou à périnée très épais, la glande ne pouvant alors être bien explorée.

En outre, le toucher ne peut nous renseigner que sur des lésions qui siègent à la face postérieure de la glande, la seule qui soit accessible à cette forme d'examen. Or, on sait que dans beaucoup de cas, les lésions sont insuffisamment développées pour être perceptibles, ou qu'elles siègent à la partie centrale de la glande, en plein parenchyme. Nous ne pouvons pas faire mieux à ce sujet que laisser la parole à M. le Professeur Chevassu :

« Ces cavernes prostatiques qui forment le centre de tant de prostatites chroniques inguérissables, qui sont une source perpétuelle de réinoculation de l'urèthre postérieur et dans lesquelles se développe la catégorie la plus fréquente de calculs de la prostate, sont parfois d'un diagnostic clinique très diffi-

cile, d'autant plus que souvent rien ne permet au toucher rectal de soupçonner leur existence.

« C'est un enseignement sur lequel j'insiste depuis que j'ai fait l'autopsie d'un vieil urinaire chez lequel il y avait incontestablement une infection chronique de l'urèthre postérieur, d'origine prostatique ; malgré mon insistance à en trouver la démonstration par le toucher rectal, jamais je ne pus obtenir la perception d'une consistance anormale d'aucun des lobes prostatiques. Or, à l'autopsie, les deux lobes de la prostate n'étaient constitués que par une coque de quelques millimètres d'épaisseur circonscrivant chacun une caverne remplie d'un pus presque mastic. »

Dans les cas de prostatite avec prostate dure et ligneuse, la gangue fibreuse cache les lésions. Le diagnostic avec le néoplasme de la glande est alors pratiquement impossible. Nous en reparlerons au chapitre « diagnostic ».

D'autre part il n'est pas rare que, même la prostatite étant évidente, l'examen de l'urine ne décèle rien d'anormal. En effet, les filaments et l'écoulement du liquide prostatique peuvent manquer lorsque les canaux excréteurs sont oblitérés ou si leur lumière est insuffisante.

De ce qu'on vient d'exposer, il s'ensuit la nécessité qu'il y a souvent d'employer les nouvelles méthodes d'exploration de l'urèthre, qui dans beaucoup de cas permettent de faire avec précision un diagnostic jusqu'alors insoupçonné ou douteux.

Nous allons donc étudier les deux précieuses méthodes d'exploration que sont l'uréthroscopie et l'uréthrographie.

Uréthroscopie

L'uréthroscopie, plus traumatisante que l'uréthrographie, devient un complément indispensable de celle-ci lorsqu'il faut pratiquer une thérapeutique instrumentale. Si l'uréthrographie nous renseigne sur la présence des cavernes, sur leur forme et sur leur étendue, l'uréthroscopie nous montre les altérations des orifices des glandes prostatiques qui, atteintes par l'infection, vont constituer ces cavernes et nous fait connaître la présence de lésions de l'urètre postérieur si fréquentes, constantes si l'on peut dire, au cours des prostatites chroniques.

Les deux uréthroscopes les plus couramment employés sont celui de Luys, à vision directe, et celui de Mac Carthy, à prisme et à irrigation continue. Chacun d'eux a des avantages et des inconvénients ; l'uréthroscope de Luys nous renseigne d'une façon plus parfaite sur la coloration réelle de la muqueuse uréthrale, sur ses plis et sur les dimensions des images. Malgré ces grands avantages, nous nous servons toujours de l'appareil de Mac Carthy, bien qu'il nous montre une muqueuse ischémisée et les saillies normales ou pathologiques plus ou moins aplaties, du fait de la pression du liquide d'irrigation, il nous permet par contre une étude plus dé-

taillée des régions difficilement accessibles aux appareils à vision directe et l'appréciation des déformations pathologiques de l'urèthre prostatique, impossibles à mettre en évidence avec ces derniers.

Avant de pratiquer une exploration uréthroscopique, il faut s'assurer que le malade ne présente pas une affection subaiguë de l'urèthre, ou même chronique, avec écoulement abondant, dans lequel cas il sera prudent de procéder auparavant à un traitement approprié et même de soumettre le malade à une vaccination, de préférence avec un auto-vaccin.

Chez les sujets à méat étroit on pratiquera d'abord une méatotomie et les rétrécis seront dilatés convenablement au préalable. Il arrive que ces malades accoutumés déjà au contact d'instruments métalliques supportent admirablement l'uréthroscopie.

Dans l'étude endoscopique des prostatites chroniques, ce qui nous intéresse surtout de connaître sont les lésions de l'urèthre postérieur. Ces lésions relèvent les unes de la prostatite proprement dite, et les autres de l'uréthrite chronique qui d'une façon presque constante accompagne les affections chroniques de la prostate.

Lésions d'uréthrite.

Les lésions d'uréthrite se manifestent principalement par les changements d'aspect de la muqueuse uréthrale et par les modifications des orifices des glandes et de l'utricule prostatique.

A l'ÉTAT NORMAL la muqueuse est lisse et brillante, la couleur variant du gris rougeâtre au rouge sang suivant sa vascularisation et le calibre du tube uréthroscopique, ou de la pression du liquide d'irrigation. D'après Luys, « la coloration de la muqueuse paraît être en rapport avec celle du visage ».

Le veru-montanum apparaît comme une saillie allongée d'avant en arrière, arrondie à son extrémité postérieure, l'antérieure étant effilée. L'orifice de l'utricule peut être visible, en général, vers le milieu de la saillie et les orifices des canaux éjaculateurs, qu'on aperçoit rarement d'une façon nette, sont le plus souvent situés sur les parties latérales. Exceptionnellement on pourrait voir les orifices des glandes péri-uréthrales et prostatiques lorsqu'elles sont indemnes de toute infection.

A l'ÉTAT PATHOLOGIQUE on peut voir se modifier ces caractères d'une façon plus ou moins prononcée.

Les lésions peuvent être généralisées ou bien rester localisées à certains endroits.

Généralisées, elles constituent ce qu'on appelle l'*infiltration molle*, qui n'est autre chose que la simple congestion étendue à toute la muqueuse uréthrale et qui peut acquérir une grande intensité du fait des nombreux vaisseaux qui l'irriguent et qui sont presque toujours dilatés.

L'uréthroscope nous permet de voir une muqueuse hyperémiée, rouge sombre, à surface souvent tomenteuse et saignant au moindre contact.

Le veru participe d'une façon presque constante à

l'infiltration œdémateuse et apparaît augmenté de volume, gonflé et sa teinte est, en général, d'un rouge vineux. Cependant on a observé des cas où il est tout à fait indemne. Plus rarement il existe une verumontanite isolée, en dehors de toute autre atteinte appréciable de l'urèthre postérieur.

L'orifice de l'utricule, souvent béant, et ceux des canaux éjaculateurs, se détachent quelquefois par leur couleur plus vive ; mais ces orifices peuvent être complètement cachés lorsque les lésions du veru sont très intenses.

Très souvent les lésions sont *localisées* à certaines régions, surtout au voisinage des glandes qui ont été atteintes par l'infection.

Fréquemment les lésions localisées peuvent prendre la forme d'*œdème organisé*, qui aura divers aspects suivant son siège et son intensité. Le plus souvent il s'agit de *bulles* dont l'aspect est caractéristique ; elles sont translucides et lumineuses par transparence, ressemblant selon l'expression classique à « un grain de raisin doré par le soleil ». Leur dimension uréthroscopique varie depuis un grain de millet jusqu'à une petite cerise. Lorsqu'elles sont éclairées par réflexion leur teinte paraît plus sombre.

Ces bulles peuvent exister isolées, mais très souvent elles se réunissent par groupes qui présentent une ressemblance remarquable avec des grappes de raisin.

A un degré maximum l'œdème prend un aspect polypoïde, à extrémités souvent arrondies en massue,

parfois effilées, ou plus rarement se terminant par plusieurs ramifications, rattachées à la sous-muqueuse par un pédicule de longueur variable.

Nous allons décrire brièvement les localisations plus fréquentes de l'œdème et ses formes particulières :

a) *Au niveau du col*, lorsqu'il est peu accentué, il amène une déformation de son bord libre, qui au lieu d'être limité par une ligne concave et continue, prendra un aspect plus ou moins ondulé et se continuera avec le reste du col sans en être séparé par aucun sillon. Si les lésions sont plus avancées, c'est l'œdème bulleux ou polypoïde qui va apparaître.

b) *Au niveau de la fossette prostatique*, en dehors des bulles uniques ou multiples, on peut y trouver une variété d'œdème tout particulier qui consiste dans *l'infiltration des freins du veru*, qui prennent un aspect boursouflé, « comparable aux grains d'un collier d'ambre ».

c) Plus rarement il y a une localisation inflammatoire à la région sous-montanale de l'urèthre qui peut alors prendre un aspect particulier d'infiltration œdémateuse, rappelant les circonvolutions cérébrales.

Lorsqu'au niveau de la muqueuse uréthrale il existe des ulcérations, elles sont le plus souvent masquées par des exsudats purulents qui y adhèrent comme des fausses membranes.

L'infiltration dure ou fibreuse se voit dans les urétrites anciennes, scléreuses, mais elle est plutôt rare. La muqueuse a acquis alors une coloration

blanche, dépolie, pâle, anémique, sans traces de vascularisation et présente des orifices glandulaires béants ou oblitérés.

Lésions de prostatite.

Les lésions de prostatite proprement dite, qui peuvent être reconnues à l'examen uréthroscopique, sont réduites d'une part aux déformations de l'urèthre prostatique dues à l'augmentation de volume et au changement de forme de la prostate atteinte d'inflammation chronique, et d'autre part à la présence d'orifices de cavernes.

A) LES DÉFORMATIONS.

La déformation la plus caractéristique et fréquente, consiste dans la saillie que font les lobes latéraux de la prostate.

Les « joues » plus ou moins convexes et dont la surface est presque toujours irrégulière, bombent dans la lumière uréthrale, effaçant les sillons latéro-prostatiques, sans atteindre pourtant la ligne médiane et par conséquent ne déterminant pas « l'enfouissement du veru ».

La coloration de ces saillies varie du rose pâle au rouge vineux, parfois grisâtre, suivant que la muqueuse présente ou non à leur niveau des lésions inflammatoires, mais on n'observe pas l'aspect brillant, si caractéristique, des lobes adénomateux.

Le contour du col est normal et ne présente pas la forme en ogive si fréquente dans les cas d'hypertrophie simple. Cependant son bord inférieur a quelquefois perdu sa concavité normale, il se montre à

peu près rectiligne et fait une saillie dans la cavité vésicale, sans arriver à cachèr le trigone et les orifices urétéraux.

Un autre signe quelquefois observé est l'augmentation de longueur de l'urèthre prostatique, portant surtout sur sa région sus-montanale et pouvant atteindre deux ou trois fois sa longueur normale.

B) LES CAVERNES PROSTATIQUES ET LEURS ORIFICES.

Au niveau de la fossette prostatique et des gouttières latérales du veru, se détachant sur le fond rouge de la muqueuse uréthrale, on peut voir des orifices sous la forme d'un petit cratère, entouré parfois d'un bourrelet ou d'une collerette inflammatoire.

Ces orifices appartiennent à des glandes atteintes d'infection ou à des cavernes qui se seraient constituées à la suite d'évacuation d'abcès prostatiques dans l'urèthre et qui sont restés en communication avec celui-ci. A contours arrondis, ou plus ou moins irréguliers, ces orifices ont des dimensions fort variables, qui ne gardent pas de proportion avec celles des cavernes ; c'est ainsi qu'un orifice minuscule ponctiforme, à peine perceptible, peut correspondre à une poche très volumineuse. On comprend donc aisément la difficulté du drainage de ces cavernes.

Il n'est pas rare de voir s'échapper par ces orifices des flocons de fibrine ou des filaments purulents, surtout lorsqu'un aide pratique l'expression de la prostate, ou bien si l'on fait varier à plusieurs reprises la pression du liquide d'irrigation, ou encore si l'on de-

mande au malade de « pousser » ou de respirer profondément.

Lorsque les cavernes siègent près de la face urétrale de la prostate, elles peuvent avoir une communication plus large avec l'urèthre et apparaître parfois, à l'examen endoscopique, comme des cavités de dimensions variables à bords le plus souvent irréguliers et à fond anfractueux, bourgeonnant. A son intérieur on peut trouver parfois des calculs prostatiques.

Quelquefois, lorsqu'au cours de l'évidement on a détruit la paroi qui les sépare de l'urèthre, on aperçoit dans le fond ou dans les parois latérales de ces cavernes, des orifices qui probablement font communiquer les dites cavernes avec d'autres plus profondes, constituant ainsi un ensemble qui rappelle les clapiers de lapin. Ces formations sont difficiles ou plutôt impossibles à explorer avec la sonde de l'uréthroscopie, mais l'uréthrographie nous renseigne d'une façon plus précise jusqu'à quel point elles peuvent être compliquées.

Mais ces lésions et signes que nous venons d'étudier sont loin de se trouver réunis chez le même malade. Assez fréquemment on ne trouve qu'un seul signe isolé. Du fait qu'on ne rencontre pas d'orifices, même après un examen minutieux, on ne doit pas conclure qu'il n'existe pas de cavernes ; en effet, les cas ne sont pas exceptionnels où les orifices ne sont pas décelables et cependant la caverne existe effectivement, se manifestant uniquement par une défor-

mation de la lumière de l'urèthre, due à la saillie que fait un des lobes qui bombe dans le sillon latéro-prostatique correspondant.

Uréthrographie

Bien que l'idée de l'examen de l'urèthre au moyen des rayons X remonte à 1896, son emploi, après l'essai de diverses méthodes pour remplir sa lumière d'un corps opaque, n'est devenu courant que dans ces dernières années.

A l'heure actuelle tous les urologues s'intéressent d'une façon passionnée à cette méthode d'exploration qui a rendu possible la connaissance de bien des lésions, surtout au niveau de l'urèthre prostatique, qui auparavant étaient insoupçonnées.

Les avantages de l'uréthrographie sont multiples : c'est une exploration indolore, ne comportant aucun risque lorsqu'elle est pratiquée par des mains expérimentées et n'ayant pas de suites fâcheuses pour le malade. Dans l'étude des prostatites chroniques, elle permet non seulement de dépister l'existence des lésions au niveau de la prostate, qui passent quelquefois inaperçues à toute autre exploration, mais aussi de connaître leur siège, leur étendue et leur direction, détails extrêmement importants, surtout en vue d'un traitement bien conduit. Mais c'est sans doute dans les cas où cliniquement il est impossible de trancher le diagnostic entre prostatite chronique et cancer de la prostate, que l'uréthrographie se montre

d'une utilité incomparable ; elle est souvent le seul moyen de résoudre ce difficile problème.

Du fait de sa complète innocuité et des précieux renseignements qu'elle est susceptible de fournir, l'uréthrographie s'impose de préférence avant l'exploration uréthroscopique, chez tout porteur « d'une blennorragie aiguë qui persiste au delà des délais normaux ; ou d'une uréthrite chronique avec goutte matinale, dans laquelle on met en évidence le gonocoque ; ou bien qu'on assiste à des récidives expliquées ; ou à l'apparition de complications épидидymaires, ou articulaires, au cours d'une infection latente ».

Il y a deux méthodes pour faire une uréthrographie : la méthode rétrograde et la méthode mictionnelle. Chacune d'elles a ses partisans.

Les défenseurs de la méthode mictionnelle prétendent qu'elle nous montrerait une image de forme tout à fait comparable à celle qu'a l'urèthre au moment physiologique de la miction. Cependant cette méthode a, entre autres, l'inconvénient d'obtenir que les malades urinent juste au moment voulu.

Voici ce que M. le Professeur Chevassu nous dit à propos de ces deux méthodes : « L'uréthrographie mictionnelle est de grand intérêt lorsqu'on soupçonne un cancer de la prostate. Pour tous les autres cas, l'uréthrographie ascendante semble fournir des images plus complètes, mieux lisibles et d'interprétation plus facile. »

C'est donc la méthode ascendante ou rétrograde,

celle qu'on emploie au Pavillon Albarran et qui donne des images excellentes, à condition de continuer à injecter le liquide opaque pendant la prise du cliché.

A l'Hôpital Cochin, on se sert de l'uréthrographe du Docteur François Moret, qui permet à l'opérateur de manœuvrer hors de l'atteinte des rayons, tout en pouvant exercer sur la verge les tractions indispensables.

Pour prévenir les risques d'une injection de lipiodol dans les vaisseaux, lorsqu'il existe un spasme au niveau du sphincter membraneux, le Professeur Chevassu recommande de suivre à l'écran, la pénétration du liquide dans la vessie et de renoncer à l'exploration si, après l'injection de 12 cc., on n'a pas encore franchi le sphincter vésical.

Nous n'avons pas le propos de décrire la technique de l'uréthrographie. Nous nous contentons de donner les indications précédentes et d'exposer ci-dessous les contre-indications qu'elle comporte.

On ne doit jamais pratiquer l'uréthrographie :

1° Chez les malades atteints d'une uréthrite à la période aiguë, ou même si étant chronique l'écoulement est encore abondant ;

2° S'il existe une orchite. Dans ces deux cas, il faut auparavant traiter les malades convenablement ;

3° Si l'on vient de faire une exploration qui aurait pu traumatiser l'urèthre, telle que dilatation, uréthrocytoscopie, etc... Attendre alors huit jours que les lésions possibles soient cicatrisées ;

4° Chez les malades qui sont dans un état général mauvais ou ont une température élevée ;

5° Chez les sujets qui présentent une sensibilité spéciale à l'iode.

Les images uréthrographiques dans les prostatites chroniques

L'uréthrographie dans les prostatites chroniques est susceptible de nous montrer d'une part les *déformations* ou *déviation*s subies par l'urèthre postérieur et d'autre part la présence d'*images cavitaires* au niveau de la région prostatique.

A) LES DÉFORMATIONS.

Les déformations ou déviations sont peu fréquentes, mais il est important de bien les connaître, car dans quelques cas elles peuvent exister isolées, en dehors de la présence d'images cavitaires.

Il existe trois sortes principales de déformations : l'allongement de l'urèthre prostatique, les voussures et les coudures.

Allongement de l'urèthre prostatique.

Lorsqu'au cours d'une prostatite chronique les deux lobes sont atteints par l'infection et que la glande prostatique subit de ce fait un accroissement de ses dimensions en tous les sens, l'urèthre prostatique participe à ces modifications et va se trouver allongé, de façon à avoir une région sus-montanale

qui mesure deux ou même trois fois sa longueur normale.

Cet allongement coïncide souvent avec l'abouchement à angle droit de l'urèthre dans la vessie, sans présenter l'image en léger entonnoir, caractéristique de l'image normale de l'orifice uréthro-vésical.

Les voussures et les coudures.

Dans les cas où les lésions sont limitées à un seul lobe prostatique et lorsqu'elles siègent au voisinage de la face uréthrale de la prostate, il peut exister une *voussure* qui bombe dans la lumière de l'urèthre et qui se traduit à l'uréthrographie par une sorte d'encoche de l'un des bords de l'image, sans que le bord du côté opposé subisse aucune déformation. Cette voussure, qui ne dépasse pas en général un à deux centimètres de hauteur, se trouve au niveau de la région sus-montanale.

Mais si les lésions, quoique limitées, sont très volumineuses, il peut arriver que la voussure repousse la paroi opposée de l'urèthre et détermine ainsi une *coudure*, ou plutôt une courbure, dont la concavité regarde du côté de la lésion. Une déformation tout à fait semblable s'observe dans les cas d'abcès chauds de la prostate non ouverts dans l'urèthre. (Voir planches VI et VII).

Lorsque les prostatites sont arrivées à la phase de sclérose il peut se produire d'une façon presque constante une *rétraction* au niveau des lésions, susceptible de déterminer une coudure ou déviation de l'urèthre

dont la concavité regarde parfois du côté sain, alors qu'avant cette phase de sclérose elle était toujours orientée du côté de la lésion ; il se produit donc, dans certains cas, une inversion dans le sens de la coudure.

La connaissance de ce phénomène est d'une importance capitale, car, surtout dans les prostatites à cavernes fermées que nous décrirons plus loin, on pourrait méconnaître le côté où siègent les cavernes et faire une fulguration du côté opposé, ce qui peut conduire à des suites fâcheuses.

On a pu observer que la coudure due à la rétraction a en général un rayon plus étendu que celle due à la présence de cavernes prostatiques ou d'un abcès de la prostate.

Il est possible que certaines déviations de l'urèthre en forme d'S résultent de la superposition de deux coudures dont les concavités sont orientées en sens contraire.

B) LES IMAGES CAVITAIRES.

L'importance des « cavernes prostatiques » a été une heureuse découverte de l'uréthrographie. Certes, leur existence était déjà connue depuis plusieurs années par les explorations à l'uréthrocycloscopie qui nous montre leurs orifices, mais ne peut rien nous apprendre ni sur leur forme souvent très compliquée, ni sur leur étendue.

Les images cavitaires sont un signe pathognomonique de l'atteinte prostatique et ont par conséquent une valeur diagnostique plus considérable que les

déformations étudiées plus haut. Elles sont dues à la pénétration de la substance opaque dans les cavernes qui se sont formées dans la glande prostatique et qui restent en communication avec l'urèthre.

Les images seront plus ou moins compliquées suivant le nombre de cavernes, l'étendue des lésions et de leurs ramifications.

Prostatites disséminées.

Dans les cas les plus simples (ce qu'on observe dans les prostatites disséminées), l'uréthrographie montre au niveau de la région para-montanale un petit tracé opaque qui se dégage de l'opacité de la lumière uréthrale et présente après un trajet plus ou moins long un léger renflement à son extrémité.

Une telle image peut exister isolée, mais souvent on en trouve deux, symétriquement placées de chaque côté du veru.

Le tracé opaque ou pédicule qui réunit la partie renflée à l'urèthre ne serait autre chose que le canal excréteur des glandes qui ont été atteintes par l'infection, ou la fistule qui a permis à un abcès de se frayer une ouverture vers l'urèthre.

Ce canal est le plus souvent irrégulier, plus ou moins sinueux, sa longueur est variable, il a presque toujours une direction légèrement oblique en haut, en dehors et en arrière.

La partie renflée située à l'extrémité de ce canal représente la caverne. Le volume de ces cavernes

varie depuis la grandeur d'une tête d'épingle, jusqu'à celle d'un petit pois. Leur forme est plus ou moins arrondie, souvent ovoïde, à petite extrémité se continuant par le tracé opaque qui la relie à l'opacité uréthrale.

Assez fréquemment le tracé opaque ne se termine pas directement en une extrémité renflée, mais va se ramifier en plusieurs petits canaux, chacun d'eux pouvant aboutir à une caverne et donnant des images à aspects arborescents comparables à un « plumet de casque » ou à une « feuille de fougère ». Ces divers renflements, dont le nombre est variable, peuvent être plus ou moins indépendants les uns des autres, mais parfois quelques-uns d'entre eux se fusionnent et constituent une caverne plus volumineuse à contours irréguliers, polycycliques.

Prostatites diffuses.

Dans les cas de prostatites diffuses les lésions sont très étendues, des nombreuses cavernes infiltrant parfois la totalité de la prostate. Il existe une forme particulière de prostatite diffuse : la « prostatite rayonnante », dont les images uréthrographiques se caractérisent par la présence de multiples tracés opaques qui partent de la région du veru et s'irradient « en éventail » dans l'un ou les deux lobes de la prostate. Ces conduits peuvent se ramifier, une ou plusieurs fois, dessinant des images plus complexes, qui parfois rappellent une coupe de cerveau.

Quelquefois il arrive que l'étendue des lésions est si considérable, que tout le tissu glandulaire étant presque détruit, la prostate est, pour ainsi dire, réduite uniquement à une carapace fibreuse, qui constitue la paroi de cavernes géantes.

Pour l'étude radiographique des images de prostatite, en général, si l'on suit la technique fixée par M. le Professeur Chevassu, deux épreuves suffisent: une de face et une de profil, même lorsque les lésions sont petites, car, ainsi que nous l'avons dit lors de l'étude de l'anatomie pathologique, ces lésions siègent le plus souvent à la région postéro-latérale de la prostate; elles sont donc assez latérales pour être aperçues dans la radiographie de face et assez postérieures pour être visibles dans celle de profil. Seulement dans des cas exceptionnels qui laissent lieu à un doute, on pourra recourir à une troisième épreuve de profil de l'autre côté.

Cependant, il arrive parfois que les cavernes ne soient pas injectées, soit à cause de l'étroitesse de leurs orifices qui ne permettent pas le passage d'un liquide trop visqueux, soit du fait de l'oblitération des canaux ou de la densité du pus qui remplit les cavernes. Mais il faut savoir qu'en général, dans ces cas, soit qu'on prenne un grand nombre de clichés sous diverses incidences, soit que l'on pratique la méthode mictionnelle, on n'aura pas d'images de cavernes, qui resteront infranchissables au liquide opaque.

Très fréquemment on constate dans ces cas l'absence d'orifices, visibles à l'uréthroscope.

Quelquefois le défaut de pénétration de la substance opaque dans les cavernes et l'absence d'orifices visibles au Mac Carthy, coïncident avec une image uréthroscopique particulière, consistant en une sorte d'encoche de la lumière uréthrale au niveau de la région sus-montanale de la fossette prostatique et qui correspond à un soulèvement de la muqueuse par une caverne ou abcès. Il s'agit alors d'une forme spéciale de prostatite chronique, à cavernes fermées, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

L'uréthrographie permet l'appréciation d'autres lésions qui s'associent souvent aux prostatites, telles que les fistules d'abcès prostatiques qui, en outre de leur ouverture à l'urèthre, ont pu se frayer d'autres routes, surtout vers la région périnéale ; les rétrécissements au niveau de l'urèthre antérieur, si fréquents chez les porteurs d'une suppuration chronique de la prostate, etc. Nous ne voulons pas insister davantage sur ces lésions associées, car cela nous mènerait en dehors de notre sujet.

De l'étude que nous venons de faire se dégage l'importance énorme qu'a l'uréthro-prostatographie au cours des prostatites chroniques. Elle est, certes, l'exploration la plus intéressante, mais cela ne veut nullement dire que l'uréthroscopie soit devenue inutile. Les deux explorations se complètent : l'uréthrographie permet, en effet, de porter un diagnostic

de certitude, de faire connaître le siège et l'étendue des lésions; elle sert, en outre, de guide dans l'exploration uréthroscopique et dans l'application judicieuse d'un traitement endoscopique, lorsque celui-ci se révèle indispensable.

CLASSIFICATION

Les formes cliniques sous lesquelles se présente la prostatite chronique peuvent être fort nombreuses, étant donné le polymorphisme et l'inconstance des symptômes qu'elle provoque. Nous nous limiterons à faire une division schématique en trois groupes principaux et à étudier en détail une forme très intéressante : *la prostatite chronique latente à cavernes fermées*.

En pratique, on observe des prostatites chroniques dont les symptômes subjectifs s'accompagnent d'un cortège correspondant de signes objectifs, ou bien il existe une certaine prédominance des uns sur les autres. C'est sur ce fait qu'est basée la classification que nous allons suivre.

Premier groupe

Prostatites dans lesquelles les signes fonctionnels aussi bien que les signes physiques sont nettement manifestes.

Les malades appartenant à cette catégorie présentent donc une symptomatologie très riche. Ils viennent chez le médecin parce qu'ils éprouvent des sensations pénibles, plus rarement de véritables douleurs au niveau du périnée, du rectum, de l'urèthre,

de la région sacro-filiaque, avec des irradiations à la racine des bourses, aux jambes et souvent à la région lombaire.

Très fréquemment ils accusent des signes de prostatisme, des troubles génitaux, des manifestations nerveuses, neurasthénie, dépression, etc...

A l'examen on trouve une prostate augmentée de volume, de consistance plus ferme qu'à l'état normal, avec quelques zones dépressibles ou au contraire ayant à sa surface des noyaux durs, disséminés, peu nombreux et souvent douloureux à la pression.

L'expression de la glande peut faire sourdre au méat un liquide blanchâtre et non filant, qui n'est autre chose que du liquide prostatique pathologique.

Les urines sont troubles et contiennent des filaments lourds, surtout dans le dernier verre.

L'uréthrographie et l'uréthroscopie nous montrent des signes manifestes de prostatite chronique. Ces signes ont été déjà étudiés et nous n'y reviendrons pas.

Deuxième groupe

Les signes objectifs occupent le premier plan ; les symptômes subjectifs sont très discrets.

Les malades de ce groupe se plaignent de troubles divers, mais ils n'ont pas de manifestations de prostatisme. Cependant, au toucher rectal, on trouve une prostate augmentée de volume, dont les caractères permettent de poser le diagnostic.

Les urines, en général, sont claires ; mais parfois

elles deviennent troubles sous l'influence d'un effort, d'une excitation ou si l'on pratique l'expression de la prostate.

L'uréthrographie et l'uréthroscopie vont nous confirmer le diagnostic.

Troisième groupe

Les symptômes subjectifs prédominent sur les signes objectifs, qui peuvent être très atténués ou même absents.

C'est ce groupe qui est le plus intéressant à connaître, du fait que son diagnostic est parfois très difficile. En effet, ces malades peuvent éprouver des sensations pénibles diverses, des manifestations de prostatisme, des troubles nerveux parfois très marqués et cependant un examen même minutieux ne nous montre rien.

Au toucher rectal on peut sentir une prostate dont les caractères semblent normaux, où il existe à peine quelques modifications discrètes, de son volume et de sa consistance.

Les urines ne présentent pas de caractères spéciaux ; elles peuvent être troubles et contenir des filaments.

A ce groupe appartient la prostatite chronique hypertrophiante, dont les symptômes sont ceux que nous venons d'étudier, et qui montre à l'uréthrographie et à l'uréthroscopie des caractères particuliers :

A l'URÉTHROGRAPHIE on constate l'allongement de

la région sus-montanale du col, de façon à apparaître deux ou trois fois plus longue qu'à l'état non pathologique. L'implantation de l'urèthre dans la vessie se fait souvent à angle droit, sans présenter l'image en entonnoir caractéristique des uréthrographies normales. Il y aura toujours des cavernes injectées par le liquide opaque, communiquant avec l'urèthre par un canal de longueur variable, étroit et parfois irrégulier.

L'URÉTHROSCOPIE ne nous montre aucune saillie convexe dans la lumière de l'urèthre prostatique, dont les deux côtés latéraux sont rectilignes et peu souples. Au niveau des gouttières du veru on trouverait toujours un ou des orifices de cavernes.

Nous placerons aussi dans ce troisième groupe, à côté de cette forme à cavernes ouvertes, une deuxième forme particulière : *la prostatite chronique latente à cavernes fermées*, que nous nous proposons de faire connaître dans ce travail.

Prostatite chronique latente à cavernes fermées

Cette forme est peu fréquente mais mérite d'être étudiée attentivement ; son diagnostic n'est guère possible que par l'uréthrographie et l'uréthroscopie, qui nous montreront les signes propres qui la caractérisent.

A cette forme pourrait s'appliquer tout ce que nous avons vu sur l'étiologie et la pathogénie des prosta-

tites chroniques en général. Le gonocoque est presque toujours l'agent causal, mais elle peut être due à tout autre agent pathogène.

Peut-être dans cette forme la propagation de l'infection à la glande prostatique a lieu le plus fréquemment par la voie sanguine.

Mais ce qu'il y a de particulier c'est que l'étude anatomique des lésions nous montre que les cavernes prostatiques siègent près de la face uréthrale de la prostate de façon à soulever la muqueuse de cet urèthre à son niveau et déterminent souvent une sorte de voussure qui déforme la lumière. Ces cavernes ne communiquent avec l'urèthre que par des conduits très étroits, pouvant être quelquefois complètement oblitérés et constituent des cavités septiques closes ou se comportant pratiquement comme telles. L'infiltration interstitielle péri-acineuse doit être très discrète, car la glande ne présente pas d'indurations ou de modifications de consistance appréciables au toucher rectal. Du côté de l'urèthre on peut voir des lésions d'urétrite chronique, mais on ne trouve pas de trace d'orifices de cavernes.

SYMPTÔMES.

Cliniquement, ces malades peuvent présenter une symptomatologie subjective extrêmement riche et qui n'a aucun caractère particulier : les diverses sensations pénibles (fatigue, pesanteur, douleurs, au niveau du périnée et de la région sacro-iliaque, sensa-

tion de corps étranger dans le rectum, des algies testiculaires, des troubles de l'éjaculation, etc.), se montreront parfois d'une ténacité telle, qu'elles finissent par irriter les malades. Les symptômes de prostatisme sont très fréquents : pollakiurie surtout diurne, besoins impérieux d'uriner, souvent retard et déformation du jet, quelquefois on a observé la rétention incomplète, pouvant aller exceptionnellement jusqu'à la rétention complète. Les troubles nerveux ne sont pas rares, les malades se montrent comme des psychopathes, des neurasthéniques, des déprimés. Certains n'attirent pas l'attention du côté de la prostate, mais ils sont des anémiques, des dyspeptiques. En somme *les symptômes subjectifs n'ont aucune physionomie spéciale à cette forme de prostatite.*

Le *toucher rectal* nous fait sentir une prostate de dimensions, de forme et de consistance normales. Cependant, quelquefois, elle est légèrement plus ferme ou a subi une augmentation de volume si minime qu'on hésite pour l'affirmer. Parfois il n'existe qu'une infiltration œdémateuse péri-glandulaire extrêmement discrète et que seul un urologue très expérimenté peut apprécier.

En général, il n'y a pas d'écoulement de liquide prostatique, parfois même après expression de la prostate. Les urines sont le plus souvent claires ou ayant des caractères qui ne permettent pas d'affirmer l'existence d'une prostatite.

Il s'agit donc, d'une forme fruste, latente, difficile à dépister, où tout est fait pour égarer le diagnostic,

l'atteinte de la glande prostatique pouvant passer inaperçue même après un examen minutieux.

Mais actuellement l'uréthrographie et l'uréthroscopie nous permettent de faire le diagnostic ; en effet, ces deux méthodes d'exploration nous donnent, dans la forme de prostatite dont nous nous occupons, des images caractérisées par une déformation particulière de l'urèthre prostatique, par le défaut de pénétration du liquide opaque dans les cavernes et par l'absence ou l'invisibilité des orifices de ces cavernes.

Nous allons étudier brièvement ces caractères et séparément pour chacune des deux explorations.

URÉTHROGRAPHIE. — Cette méthode d'exploration ne nous montre qu'une simple déformation minime, presque toujours unique, mais indispensable à bien connaître. Elle consiste en une sorte d'encoche visible sur les radiographies de face et de profil, parfois sur les deux, siégeant sur l'un des bords de la région sus-montanale de la fossette prostatique, le plus souvent en croissant, dont la convexité regarde vers la lumière de l'urèthre. Ses dimensions sont variables, mais en général elle ne déforme le bord de l'urèthre que sur une hauteur de un et demi à deux centimètres, au maximum.

Il faut savoir distinguer cette encoche de la courbure qui peut se produire à la phase de sclérose ; la dernière porte sur les deux bords de l'image uréthrographique, a une étendue plus grande et sa con-

cavité peut regarder du côté sain. Ces notions sont indispensables à connaître, pour ne pas confondre le côté indemne avec celui de la lésion et vice-versa, ce qui ne serait pas sans inconvénients, parfois graves, si l'on pratique l'étincelage.

Mais, dans cette forme de prostatite, on ne trouve jamais des cavernes injectées par le liquide opaque, et cela malgré qu'on répète les explorations à plusieurs reprises, ou que l'on emploie la méthode mictionnelle. Ce fait est dû soit à l'étroitesse des orifices des canaux qui ne permettent pas le passage d'un liquide trop visqueux, soit simplement à ce que les canaux sont oblitérés. Cependant il existe effectivement des cavernes, comme nous le verrons plus loin.

URÉTHROSCOPIE. — L'image uréthrographique que nous venons d'étudier se traduit à l'uréthroscopie par une saillie qui bombe dans l'un des sillons latéro-prostatiques et dont les dimensions sont très variables ; quelquefois, elle peut être vue en entier dans le champ de Mac Carthy, mais souvent elle dépasse cette dimension du double ou même du triple.

Cette saillie est revêtue de la muqueuse uréthrale qui peut avoir divers aspects. Tantôt elle se présente normalement et sa coloration est alors rose plus ou moins foncé, sa surface lisse sans avoir l'aspect luisant des lobes d'hypertrophie prostatique ; tantôt elle est congestionnée, œdématiée et à surface anfractueuse.

Quelquefois, on trouve deux saillies, chacune bom-

bant dans l'un des sillons latéro-prostatiques, mais si développées qu'elles soient, jamais elles ne déterminent « l'enfouissement du veru » et le contour du col vésical conserve sa forme normale, sans présenter d'image en ogive, ou de convexité des bords latéraux, à moins qu'il y ait une hypertrophie prostatique associée.

Une particularité de cette forme latente de prostatite, est qu'on ne trouve pas d'orifices de cavernes, soit parce qu'ils sont cachés par une muqueuse œdématisée, soit, comme nous venons de le dire, parce qu'ils sont oblitérés ou de dimensions extrêmement petites. Il serait difficile d'affirmer qu'ils n'existent pas. En tout cas, cette absence d'orifices visibles, concorde très bien avec le défaut de pénétration de substance opaque dans les cavernes, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Mais ce qui est intéressant à connaître, c'est que la saillie qui déforme la lumière de l'urèthre correspond effectivement à une ou plusieurs cavernes qui, accompagnées probablement d'un certain degré d'infiltration péricavitaire, soulèvent la muqueuse à son niveau, bien que ces cavernes ne soient pas injectées par le liquide opaque et qu'on ne trouve pas trace de leurs orifices.

L'existence de ces cavernes est confirmée car si l'on pratique l'étincelage au niveau de la saillie (près de la gouttière du veru, où habituellement se trouvent les orifices des cavernes prostatiques) on

tombera, d'une façon presque constante, dans une cavité plus ou moins irrégulière, ayant tout à fait l'aspect des cavernes prostatiques. Et une uréthrographie faite alors, nous montrera des images caractéristiques de prostatite chronique, à savoir, des cavernes remplies de liquide opaque, communiquant avec l'urèthre par un trajet plus ou moins long et souvent irrégulier.

Il est à remarquer que lorsque la communication entre les cavernes et l'urèthre s'est établie après fulguration, les urines deviennent troubles si elles étaient claires auparavant ; l'on trouve souvent des microbes, alors que les examens précédents étaient restés négatifs et, presque toujours, les symptômes que présentait le malade disparaissent ou diminuent d'intensité.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF. — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic positif, qui se fait par la constatation des divers signes subjectifs et objectifs dont nous avons fait une étude détaillée. Dans quelques cas, cependant, le diagnostic n'est guère possible que par les explorations spéciales : uréthroscopie et surtout uréthrographie.

Il faut également penser à l'existence d'une prostatite, lorsqu'une blennorragie se prolonge au delà des délais normaux ; lorsqu'il persiste une goutte matinale ; dans les cas de récidives inexplicables d'un écoulement, et lorsqu'il se produit des poussées d'orchi-épididymite à répétition.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Les prostatites chroniques dont la symptomatologie est si variée et si inconstante, doivent être différenciées d'autres affections touchant la prostate, parmi lesquelles nous énumérons les principales :

1° L'issue du liquide prostatique ou *prostatorrhée* qui, chez un malade atteint de prostatite chronique, peut se voir de façon plus ou moins abondante à l'occasion d'un effort, de la défécation ou d'un massage de la prostate, doit être différenciée du liquide prostatique normal, qui chez un sujet sain peut sourdre au méat si l'on pratique l'expression de la pros-

tate. Dans ce dernier cas le liquide est peu abondant, a une réaction acide et ne contient ni sang, ni leucocytes, ni microbes.

2° *La spermatorrhée* se reconnaîtra à ce qu'elle se produit par des véritables éjaculations et l'examen microscopique montre les éléments caractéristiques du sperme.

3° Dans l'*atonie prostatique* on a une prostatorrhée abondante, mais au toucher rectal la prostate se présente molle et distendue. L'uréthrographie et l'uréthroscopie ne montrent rien de particulier.

4° *La prostate tuberculeuse* est augmentée de volume, irrégulière, avec des nodules disséminés alternant parfois avec zones molles. Cependant ces nodules ne sont pas douloureux et se détachent presque toujours d'une façon plus nette que les nodules de prostatite. Mais ce qui est capital c'est que la tuberculose de la prostate s'accompagne, en général, de tuberculose de l'appareil génito-urinaire, la lésion primitive étant très fréquemment localisée au niveau d'un rein. L'examen des sécrétions, ou même de l'urine, après massage de la prostate, montre très souvent la présence de B. K.

5° Du fait des signes de prostatisme et de la constatation au toucher rectal d'une augmentation de volume de la glande, on ne doit pas confondre la prostatite chronique avec l'*hypertrophie prostatique*.

L'âge du malade n'est pas un facteur à retenir, car les prostatites sont loin d'être exceptionnelles chez les vieillards, pouvant même coïncider avec l'hypertrophie prostatique.

Le toucher rectal dans l'hypertrophie de la prostate nous fait sentir une prostate grosse, régulière, élastique, mobile, non douloureuse ; ces caractères portent presque toujours sur les deux lobes et le sillon médian est habituellement respecté. La prostate donne alors la sensation d'une balle de tennis.

L'uréthroscopie fournit des signes caractéristiques tel que « l'enfouissement » plus ou moins accentué du veru par les « joues » prostatiques, et la déformation du col vésical par des lobes latéraux ou par un lobe médian. On trouve souvent le signe de Marion.

L'uréthrographie montre une lumière uréthrale en « lame de sabre », qui parfois est coudée. La base de la vessie est fréquemment surélevée et présente une concavité qui regarde en bas.

Dans le cas de coexistence d'hypertrophie avec prostatite, on peut trouver l'association des signes uréthroscopiques que nous venons d'énumérer avec des images des cavernes.

6° Les affections dont nous avons parlé sont relativement faciles à éliminer. Mais par contre, le problème est souvent impossible à résoudre lorsqu'on hésite entre un cancer de la *prostate* et une prostatite diffuse, scléreuse, avec une prostate dure, fixée, mal

limitée. Cliniquement il n'existe aucun signe qui puisse résoudre la question. Le signe du Professeur Chevassu: toucher rectal pratiqué sur cathéter métallique, si précieux pour le diagnostic différentiel entre cancer de la prostate et hypertrophie prostatique, ne permet pas, malheureusement, de trancher le diagnostic entre cancer et prostatite.

Le traitement des prostatites peut déterminer une amélioration apparente d'un cancer.

Cette question a été d'ailleurs très discutée par les urologues ; nous laissons la parole à M. le Professeur Chevassu :

« Dans le diagnostic différentiel, souvent épineux, du cancer de la prostate et de la prostatite chronique, l'eau chaude peut rendre réellement service.

« Sous l'influence de petits lavements d'eau très chaude, entre 45 et 50°, gardés dix minutes, au moins une fois par jour, j'ai vu se décaper nombre de prostatites sur lesquelles on avait porté d'abord le diagnostic de cancer.

« Mais j'ai vu aussi des cancers véritables s'assouplir en partie et diminuer nettement de volume dans la première quinzaine des applications chaudes, démontrant ainsi sans doute l'adjonction d'un certain degré de prostatite chronique au néoplasme de la prostate.

« Il ne faut donc pas trop se hâter, en cas d'amélioration par l'eau chaude, d'éliminer le diagnostic de cancer. Il importe que le traitement soit longtemps prolongé et ce n'est qu'en constatant l'accentuation

régulière d'une amélioration progressive qu'on a le droit d'être rassuré. »

Le cancer de la prostate ne donne pas des images uréthrographiques caractéristiques, mais si une uréthro-prostatographie montre la présence de cavernes, on peut presque toujours affirmer qu'il s'agit d'une prostatite, même si l'examen clinique nous a fait croire plutôt à une prostate néoplasique.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude détaillée sur les divers traitements de la prostatite chronique qui ont été proposés jusqu'ici, car ils sont très nombreux et leur efficacité extrêmement variable selon les sujets. Nous nous contenterons d'exposer brièvement ceux qu'on emploie plus couramment et qui ont donné les meilleurs résultats.

Il faut d'abord savoir que la prostatite est une maladie tenace, décevante, difficile à traiter, et qu'on ne peut pas assurer la guérison d'une prostate atteinte par l'infection.

Dans un traitement, « ce qui importe avant tout, c'est d'aider l'organisme dans l'utilisation de ses propres moyens de lutte », dit M. le Professeur Chevassu.

En pratique on doit envisager un traitement général et un traitement local.

A) LE TRAITEMENT GÉNÉRAL doit être avant tout un traitement moral, de suggestion ; il faut tranquilliser ces malades qui sont presque toujours inquiets et nerveux.

Lorsqu'ils sont des déprimés on doit prescrire des toniques, des fortifiants, tels que l'arsenic, phosphore, etc., etc.

Chez les constipés on doit surveiller le bon fonctionnement de l'intestin, car les prostatites dues aux agents pathogènes, hôtes habituels du tube digestif, sont plus fréquentes qu'on ne le pense.

B) TRAITEMENT LOCAL. — Sur la prostate on peut agir de différentes façons : le *massage* aide à vider les cavernes, lorsqu'elles sont ouvertes dans l'urètre ; il peut avoir une certaine efficacité à condition d'être fait d'une façon douce et prudente, mais on en abuse souvent.

Le meilleur de tous les traitements est sans doute le *bain rectal* chaud ou froid, excellent-décongestionnant prostatique, pratiqué deux fois par jour ou seulement le soir, le sujet étant couché, avec une petite quantité d'eau (100 cc. environ), soit chauffée à 45 ou 50°, soit froide, à la température de la chambre. Le malade peut garder son lavement ou bien le rendre au bout de dix minutes.

Lorsqu'il existe des douleurs ou des sensations pénibles très accusées, on peut dissoudre de temps en temps dans l'eau du lavage 0 gr. 50 ou 1 gr. d'anti-pyrine.

Le traitement par le bain rectal peut amener la guérison au bout d'un temps variable, parfois long, mais on l'obtient souvent.

On peut aider par la vaccination, la meilleure étant le Propidon qui, excellent dans les infections aiguës, n'est pas indifférent dans les chroniques. On peut se servir également d'auto-vaccins.

L'*effluation rectale* paraît agir favorablement tant par la production de chaleur que par le dégagement d'ozone. Mais ces méthodes ne valent pas le bain rectal et ne doivent être employées que comme accessoires associés à ce dernier.

C) TRAITEMENT DIRECT AU NIVEAU DES LÉSIONS. — Il ne doit pas consister seulement à cautériser au moyen de l'uréthroscope de Luys les orifices des cavernes, ce qui serait inutile. Il faut agir directement sur les foyers infectieux eux-mêmes. Ce traitement au niveau des lésions se fait sous deux formes : applications de haute fréquence et injections intraprostatiques de diverses substances.

a) *Application de haute fréquence* : fulguration. — Ce traitement, souvent indispensable dans les prostatites à cavernes ouvertes, est le seul à employer, au moins au début, *dans les formes à cavernes fermées*. Grâce à lui on parvient, sous le contrôle de la vue, à ouvrir les dites cavernes, à établir de larges voies de drainage et à transformer les poches spongieuses et purulentes en cavités plates cicatrisées.

Les instruments indispensables pour ce traitement sont : un appareil à lampe ou à éclateur qui nous fournisse un courant de grande fréquence et de préférence de haute tension et de faible intensité ; une sonde à haute fréquence, qui sera isolée sur toute sa surface, sauf à son extrémité vésicale qui doit être constituée par un plateau métallique à forme cylindrique ; un uréthroscope opérateur de Mac Car-

thy ou un de ses similaires, qui permettra de faire le traitement sous le contrôle de la vue.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire en détail la technique de l'électro-coagulation nous signalerons seulement brièvement les points principaux :

L'anesthésie générale que préconisent certains urologues ne paraît nullement nécessaire. Il est bien meilleur de faire une légère anesthésie locale, ce qui suffit largement et a l'avantage de renseigner l'opérateur lorsqu'il doit arrêter la fulguration, car les lésions elles-mêmes sont indolores, mais le patient ressent une vive douleur dès que l'électro-coagulation arrive aux tissus sains. Dans la pratique courante, on peut faire un lavement laudanisé, et une instillation intra-urétrale avec 8 à 10 cc. d'une solution de novocaïne à 4 %.

Selon la manière dont on applique l'électrode active au niveau de la région à traiter on peut distinguer : 1° l'électro-coagulation proprement dite lorsque la dite électrode est en contact avec la surface à coaguler ; 2° l'étincelage lorsque l'électrode est séparée par une certaine distance de la dite surface. Ces deux méthodes ont chacune leurs partisans. La dernière serait susceptible d'applications plus longues car la pénétration serait moins profonde.

Il est tout à fait impossible d'établir une règle sur le temps que peut durer une fulguration sans aucun risque ; cela dépend de beaucoup de facteurs, du courant, et de l'endroit où l'on se trouve. Il faut cependant tenir en compte que la zone électro-coagu-

lée a sensiblement une forme mi-sphérique et pourtant la profondeur est à peu près égale à la moitié de la surface coagulée.

Il est préférable de faire des applications courtes, espacées de huit ou quinze jours, ce qui évite les hémorragies et permet un traitement ambulatoire.

La fulguration dans les prostatites chroniques à cavernes fermées. Dans le traitement des formes à cavernes fermées on doit procéder en trois étapes.

1° Transformation des cavernes fermées en cavernes ouvertes :

Etant guidé par l'image uréthrographique (en ayant soin de ne pas confondre le côté de la lésion, lorsqu'il existe une déformation par rétraction) et par l'examen uréthroscopique préliminaire, on doit avec beaucoup de prudence faire une légère fulguration à la partie antérieure de la saillie, au niveau du sillon latéral du veru, endroit où ordinairement se trouvent les orifices des cavernes. On tombera alors immédiatement, ou après la chute des escarres, soit dans les orifices des cavernes, soit directement dans les cavernes elles-mêmes.

Il serait convenable de faire, huit jours après, une nouvelle uréthrographie qui fera connaître de façon précise l'étendue des lésions prostatiques et servira de guide pour la continuation du traitement.

2° Elargissement des orifices des cavernes :

Une fois les orifices ou les cavernes découvertes, on se trouve dans le cas de formes à cavernes ou-

vertes. Il faut alors, guidé par l'uréthrographie et par la sonde de l'uréthroscope, élargir ces orifices et si possible donner aux canaux qui réunissent les cavernes à l'urèthre une forme tronconique à grande base uréthrale.

3° *Mise à plat des cavernes :*

Par applications successives d'électro-coagulation, on abrase les bords des cavernes et on détruit, lorsqu'il existe des cloisons, qui peuvent séparer plusieurs cavités entre elles. On arrive ainsi à rendre régulières ces cavernes qui, avant toute intervention, étaient anfractueuses et peu propres à une cicatrisation.

Les lésions d'uréthrite concomitante pourront aussi être coagulées superficiellement.

Au niveau de l'utricule on pourrait, lorsqu'il est nécessaire, faire très prudemment une électro-coagulation, en y introduisant la sonde à fulguration.

b) *Injectons intraprostatiques.* Dans ces dernières années, quelques urologues ont essayé diverses substances chimiques ou vaccins injectés directement à l'intérieur de la prostate par voie transpérinéale, au moyen d'une aiguille guidée par un doigt introduit dans le rectum.

Oesley Grant prétend avoir obtenu des résultats étonnants par une solution de mercurochrome, à 1 %, fraîchement préparée et injectée par ce procédé.

Dansky a essayé l'antivirus gonococcique qui ne lui donna que des échecs dans les prostatites chroniques.

Wugmester aurait obtenu de bons résultats avec des stocks-vaccins contenant 500 millions de microbes par cc. Il fait une première injection de 1/2 cc. et en augmente chaque fois la dose de 1/2 cc., jusqu'à arriver à 3 ou 4 centimètres cubes.

Mais cette méthode est encore à l'étude et il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de donner un avis sur son efficacité.

D) PROSTATECTOMIE. — Dans des cas exceptionnels on peut être amené à pratiquer la prostatectomie chez des sujets dont la prostate transformée en une éponge purulente n'a aucune chance de guérir par aucun autre traitement. Cette intervention, prostatectomie véritable, est plus difficile et dangereuse qu'une énucléation pour adénome prostatique.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (*Prostatite à cavernes fermées*).

M. G. J..., 39 ans, jardinier.

En 1918, blennorragie avec écoulement très abondant, qui aurait commencé, d'après le malade, par des douleurs abdominales accompagnées de diarrhée.

Il est néanmoins envoyé au front où on lui fait des lavages de permanganate, qui ont dû être arrêtés quelques jours après, une orchite double étant apparue. On traite cette dernière par des pommades et le port d'un suspensoir.

Une fois l'orchite guérie, on reprend les lavages pendant deux mois, ce qui amène une diminution de l'écoulement, qui est réduit à une goutte matinale louche.

En 1920, le malade entreprend le traitement de cette goutte persistante : beniqué, instillations de nitrate, vaccin.

L'amélioration obtenue ne persista pas et le malade voit réapparaître sa goutte matinale en même temps qu'il ressent des douleurs testiculaires. Ces récives coïncideraient avec des crises de constipation.

Les urines étaient troubles, avec filaments, surtout le matin.

De 1933 à 1935 traité par le Docteur R... : dilatations jusqu'au beniqué 60, massages de la prostate, instillations, vaccin.

En janvier 1935, alors que le traitement a été arrêté depuis deux mois, abcès du périnée. Traité à Boucicaut.

Pendant la durée de l'abcès et jusqu'à sa cicatrisation, le malade observe que ses urines sont devenues limpides et que la goutte matinale a disparu. Mais dès la cicatrisation complète de l'abcès, il voit se rétablir son état antérieur.

Envoyé à Cochon on fait un examen minutieux :

Etude de la miction :

Jour=5 à 7 fois.

Non impérieuses.

Non douloureuses.

Nuit=0.

Il n'existe aucune déformation ni aucune modification dans la force du jet.

Epreuve des trois verres :

1 v. : Urines très troubles, filaments abondants, lourds.

2 v. : Urines légèrement troubles, quelques filaments.

3 v. : Urines presque claires. Pas de filaments.

Toucher rectal :

Prostate de dimensions normales, bien limitée, régulière, un peu dure. Les vésicules séminales ne sont pas perceptibles.

Contenu scrotal :

Nodules au niveau de la tête et de la queue des deux épидидymes, plus volumineux à droite où ils atteignent la dimension d'une petite cerise. Le cordon du côté droit est beaucoup plus gros que celui du côté gauche.

Uréthrographie le 16 octobre 1935, qui montre sur le cliché de face une déformation de la paroi uréthrale gauche qui est déviée à droite au niveau de sa région sous-cervicale (voir planche I).

Sur le cliché de profil (voir planche II), image normale.

Uréthroscopie le 20 octobre 1935 : Col normal. La

PLANCHE I



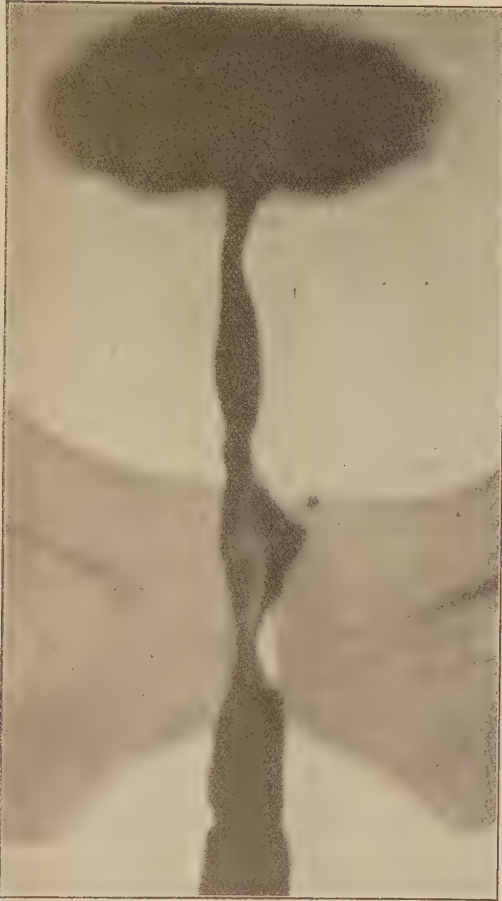
G... J... Uréthrographie de face avant fulguration.
Aucune image de caverne n'est visible. Déviation de
l'urèthre sous-cervical à droite.

PLANCHE II



G... J... Uréthrographie de profil avant fulguration.
Aucune caverne injectée. La déformation n'est pas visible sur ce cliché.

PLANCHE III



G... J... Après fulguration. On voit deux petites cavernes, dont le pédicule part de la zone fulgurée.

PLANCHE IV



G... J... Même exploration. Vue de profil.
La cavernule inférieure est mieux visible.

paroi prostatique gauche bombe légèrement et se continue par un aspect déprimé correspondant à l'image radiographique.

On fulgure systématiquement dans la gouttière prostatique gauche, en deux points, un peu en dedans du veru, qui est normal.

Le 20 décembre 1935, nouvelle uréthroscopie qui permet de voir dans la perte de substance causée par la fulguration trois orifices de cavernes.

Le 15 janvier 1936, on pratique une seconde uréthrographie, pour vérifier l'aspect anfractueux des cavernes possibles, car on pourrait objecter que les trajets dont on voit les orifices ont été créés par la fulguration. Tant sur le cliché de face (voir planche III) que sur celui de profil (voir planche IV), l'uréthrographie montre l'aspect typique habituel des cavernes prostatiques.

On continue le traitement par la mise à plat des cavernes.

Ci-après deux observations de cavernes prostatiques latentes non ouvertes dans l'urèthre, qui nous ont été obligeamment données par le Docteur LAZARD :

Obs. 1. — K... J... vient consulter en 1931 pour douleurs testiculaires bilatérales.

Blennorragie pendant la guerre, traitée par grands lavages. Guérie avec goutte matinale qui disparaît en quelques semaines spontanément.

Depuis plusieurs mois, douleurs testiculaires bilatérales, continues, non diminuées par le repos au lit, par les applications chaudes ; exagérées par les rapports que le malade pratique très rarement depuis le début de ses douleurs.

A l'examen :

Toucher rectal : Rien d'anormal.

Epreuve des trois verres : Urines limpides dans les trois verres. Pas de filaments.

Cytoscopie : Vessie normale.

Uréthroscopie : Urèthre postérieur normal.

Cependant on fulgure systématiquement dans les gouttières latérales du veru, un peu au-dessus du frein.

Dès la première fulguration, les douleurs sont considérablement améliorées, pour reparaitre progressivement dans leur forme primitive au bout de trois semaines.

On reprend une uréthroscopie pour pratiquer une nouvelle fulguration, en vue de procurer au malade trois nouvelles semaines sans douleurs trop vives.

On fait une fulguration très légère qui obtient les mêmes résultats que la première.

Six séances de fulguration sont ainsi pratiquées en six mois. L'intensité très faible et le temps très court d'application, expliquent que la perte de substance nécessaire à l'apparition des cavernes ait été provoquée en six séances. En effet, à la septième séance, apparition dans la gouttière gauche du veru d'un orifice par où sortent des flocons de pus. L'épreuve des trois verres montre des urines purulentes dans les trois verres.

La guérison de la pyurie et des douleurs testiculaires a été obtenue en deux ans par l'évidement presque complet du lobe prostatique gauche.

Le 15 mai 1936, le malade, parti en province, a signalé par lettre que sa guérison se maintient.

Obs. 3. — Le M... J... Blennorrhagie pendant la guerre. Non soignée. Se termine spontanément au bout de plusieurs mois.

Le malade consulte à Cochin en 1920, pour douleur uréthrale dont il est difficile de faire préciser les caractères.

A l'examen :

Toucher rectal : Ne décèle rien d'anormal.

Epreuve des trois verres : Urines tout à fait claires dans les trois verres. Pas de filaments.

Dilatation jusqu'au béniqué 60, sans amélioration de la douleur.

Uréthroscopie à l'uréthroscope de Luys : Œdème de l'urèthre postérieur qu'on traite par attouchements au nitrate d'argent à 1/5. Pas d'amélioration.

A partir de ce moment, le malade veut consulter tous les jours, harcelant le personnel de l'hôpital pour obtenir lavages de vessie, massages de prostate, dilatation.

Des explorations à l'uréthrocytoscope de Mac-Carthy, faites alors, ne décèlent aucun orifice de caverne ni aucune déformation.

En 1926, cet état psychique devient inquiétant pour motiver son internement à l'asile Clinique Sainte-Anne, où le malade fait un séjour prolongé.

Il en sort amélioré au point de vue psychique, d'après les psychiatres, mais gardant la même attitude et se plaignant toujours de la même douleur.

A partir de ce moment, le malade est perdu de vue jusqu'au jour où il revient complètement transformé, annonçant qu'il est guéri, que la douleur a disparu, mais que les urines sont troubles. En effet, l'épreuve des trois verres montre un troisième verre très purulent.

Le malade se prête de bonne grâce à une nouvelle exploration au Mac-Carthy, qui montre un orifice béant d'abcès de prostate dans la gouttière gauche du veru.

Le malade revu guéri à plusieurs reprises a refusé une uréthrographie.

Obs. 4 (*Déviation de la lumière de l'urèthre chez un malade atteint de prostatite chronique*). (Observation aimablement communiquée par le Docteur BAYLE, que nous remercions vivement).

M. D..., 40 ans, concierge.

En 1918, blennorragie traitée par des lavages, vaccin. Persistance d'une goutte matinale.

En 1926, tarsalgie blennorragique intense du pied droit, puis du pied gauche. Le malade est obligé de quitter son métier et d'employer des béquilles. Des traitements multiples, saisons d'eau, etc... pour rhumatisme, ne déterminent aucune amélioration.

En 1928, consulte le Docteur Bayle. L'examen montre à cette époque :

Toucher rectal : Prostate grosse, plate, irrégulière. Les vésicules séminales sont perceptibles.

Epreuve des trois verres : Urines troubles dans les trois verres, avec gros filaments dans le dernier.

Uréthroscopie (au Mac-Carthy) : Lésions très étendues d'urétrite postérieure, œdème avec aspect polypoïde au niveau de la gouttière latérale du veru. Pas d'orifices de cavernes visibles.

Un traitement énergique institué (lavages chauds, dilatations, vaccin, massages) a fait disparaître complètement le rhumatisme et amena une amélioration considérable des lésions d'urétrite. Le malade peut reprendre son métier.

Cette amélioration persista pendant sept ans. Mais il y a quelques mois, le malade revient avec ses lésions rhumatismales.

Une nouvelle exploration au Mac-Carthy a permis de déceler, cette fois, un orifice de caverne dans la gouttière latérale droite du veru à sa partie supérieure.

PLANCHE V



M... D... Aucune image de caverne, alors qu'on voit un orifice de caverne au Mac-Carthy. La déviation de l'urèthre cervical à gauche est peut être provoquée par cette caverne à orifice non injectable.

A l'uréthrographie qu'on pratique alors, aucune caverne n'est injectée, mais par contre, à la région sous-cervicale, l'urèthre est dévié à droite, donnant l'impression d'être refoulé probablement par une caverne (voir planche V).

Nous publions deux images semblables : chez un sujet présentant un abcès chaud de la prostate non ouvert dans l'urèthre, qui est dévié à droite (voir planche VI) et un peu en arrière (voir planche VII), sans aucune autre déformation.

PLANCHE VI



M... L... Déviation de l'urèthre à droite, chez un sujet présentant un abcès chaud dans la prostate gauche, non ouvert dans l'urèthre.

PLANCHE VII



M... L... Même exploration que la précédente. Profil. L'urèthre est légèrement dévié en arrière.

CONCLUSIONS

I. — Les nouveaux moyens d'exploration de l'urèthre postérieur, uréthroscopie à l'uréthrocytoscope à irrigation continue et uréthrographie systématiquement employés, ont permis de préciser les lésions que constituent certaines formes de prostatite.

II. — L'uréthroscopie montre facilement les orifices des cavernes prostatiques.

III. — L'uréthrographie montre les dimensions et les formes de ces cavernes.

IV. — Mais il arrive que les cavernes ne soient pas injectées, soit qu'elles se trouvent dépourvues d'orifice uréthral, soit que l'injection opaque n'ait pas pénétré dans ces orifices.

V. — Dans ces conditions, les déformations uréthrales décelées par l'uréthrographie peuvent permettre de soupçonner les foyers de prostatite que les autres examens n'avaient pas permis de diagnostiquer.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Exploration de la prostate (*Encyclopédie Française d'Urologie*, vol. VI).
- ASHTIANY. — Contribution à l'étude des prostatites chroniques (*Thèse de Paris*, 1933).
- BARBILLON (P.). — Massage de la prostate (*Journal de Médecine de Paris*, n° 11, mars 1933).
- La blennorragie (*Sciences et Thérapeutique*, n° 15, mars 1933).
- BERGIS (R.). — Altérations chroniques de la prostate (*Thèse de Lyon*, 1933).
- BONNET. — Un cas de blennorragie persistante par diverticule de la prostate (*Soc. Franç. d'Urologie du Sud-Est*, Séance du 4 février 1934. In *Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, vol. VIII, n° 3).
- BRAULT. — Suppurations prostatiques à staphylocoque (*Thèse de Paris*, 1930).
- BUSSON et HENRY. — Manuel d'urétroscopie. Urétroscopie postérieure.
- CARNELS-MALTESE-LEROY. — Les prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie (*Journal d'Urologie*, vol. XXII, n°s 4 et 5).
- CHEVASSU (M.). — Le diagnostic différentiel du cancer et de l'hypertrophie prostatiques par le toucher rectal de l'explorateur métallique (*Congrès d'Urologie*, octobre 1919).
- La crépitation dans les calculs de la prostate (*Congrès d'Urologie*, octobre 1919).

- Calcul intraprostatique enlevé après exploration à l'appareil de Mac-Carthy (*Société de Chirurgie*, 8 déc. 1919).
 - A propos des calculs de la prostate (*Sté Franç. d'Urologie*, 14 juin 1920).
 - A propos de l'urétroscopie postérieure dans l'hypertrophie prostatique. L'enfouissement du veru (*Congrès d'Urologie*, octobre 1922).
 - Les vésiculites non tuberculeuses (*Ass. Franç. d'Urologie*, 1929, 29^e Sess.).
 - L'eau chaude moyen de diagnostic différentiel entre prostatites chroniques et cancers de la prostate (*Congrès d'Urologie*, octobre 1929).
 - Sur le diagnostic des cavernes prostatiques (*Sté Franç. d'Urologie*, 7 juillet 1930):
- CHEVASSU (M.) et MORET (Fr.). — Petit appareil pour l'exploration radiographique de l'urètre. (*Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie*, n° 10, mars 1933).
- CHEVASSU (M.). — Les renseignements de l'uréthrographie (Séance annuelle de la *Sté Belge d'Urologie*, 24 juin 1934. In *Journal Belge d'Urologie*, n° 5, octobre 1934).
- Les images radiologiques de l'urètre prostatique, en particulier de l'urèthre postérieur (*Congrès d'Urologie*, octobre 1934).
- CHEVASSU (M.) et MORET (Fr.). — Exploration radiologique de l'urètre et de la prostate (*Bull. de l'Académie de Médecine*, Séance du 26 février 1935).
- CHEVASSU (M.). — Les révélations de l'urétrographie (*Document Médical*, juin 1935).
- CHOCHOLKA. — Essai d'un système clinique (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, juin 1928).
- CODET (J.). — Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques rebelles au traitement médical (*Thèse de Paris*, 1928).

- COUTARDE. — Electrothérapie appliquée à l'Urologie (Le François, édit., 1921).
- CRUZ (Manuel). — Contribución al estudio de la uretrografia (*Revista Española de Urologia*, octobre-décembre 1934).
- DANSKY. — L'antivirus comme moyen de diagnostic de la gonococcie latente et de traitement dans les cas de prostatite et vésiculite aiguë d'origine blennorragique et non blennorragique.
- DAVID (Ch.). — La prostatite chronique latente (*Bull. et Mém. de la Société de Médecine de Paris*, Séance du 28 mars 1931).
- DELABORDE (B.). — Prostatites chroniques (*Thèse de Paris*, 1929).
- DESNOS. — Abcès latents de la prostate (*IV^e Sess. Ass. Franç. d'Urologie*, Paris, 1899-1900).
- DESNOS et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires.
- DOMINGUEZ. — Etude et traitement des prostatovésiculites gonococciques (*Thèse de Paris*, 1931).
- DOSSOT et PALAZZOLLI. — Les urétrites chroniques. Diagnostic et traitement.
- DUPUIS. — Contribution à l'étude des veru-montanites (*Thèse de Paris*, 1925).
- DUVERGEY. — Prostatites à allure chronique d'origine dentaire (*Ass. Franç. d'Urologie*, 30 Sess., 1930).
- EPSTEIN (G. S.). — Etude des diverticules de la partie postérieure de l'urèthre (*Journal d'Urologie*, mai 1928).
- FLANDRIN. — Urologie.
- La forme pseudo-adénomateuse des prostatites chroniques (*Marseille Médical*, I, 5 mars 1928).
 - Traitement endoscopique de l'urétrite postérieure (*Archives urologiques de Necker*, tome V, Fasc. I).

- De l'urétroscopie postérieure dans le diagnostic et le traitement des prostatites chroniques (*Archives urologiques de Necker*, tome VI, Fasc. II).
- FOULON GARDNER. — Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des suppurations prostatiques (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1911).
- FRINGER. — La blennorragie et ses complications.
- GAILLARD. — De la prostatite chronique (*Thèse de Montpellier*, 1902).
- GAUTHIER. — Traitement endoscopique de l'urétrite chronique.
- GAYET. — Prostatites chroniques à colibacilles (*Lyon Médical* n° 4, janvier 1929).
- GRANT (O.). — Treatment of prostatitis by injection of mercurochrome (*The Journal of Urology*, June 1933).
- GULVER (H.). — Chronic prostatitis (*The Journal of Urology*, 26 septembre 1931).
- HEITZ-BOYER (M.). — Syndrome entéro-rénal et lésions de l'urèthre postérieur et du col vésical.
- Traitement des lésions d'urétrite chronique par l'étincelage (*Bull. de la Soc. Franç. d'Urologie*, 1920).
- A propos de la technique de l'urétrographie (*Société Franç. d'Urologie*, 6 juillet 1931).
- Les formations diverticulaires de la prostate (*Journal d'Urologie*, vol. XXXVII, juillet 1933).
- Formations diverticulaires de la prostate et orchites à répétition dites sans causes ; importance de l'urétrographie en pareil cas (*Société Franç. d'Urologie*, Séance du 19 février 1934).

- HEITZ-BOYER (M.) et CHEVASSU (M.). — Diverticule prostatique et blennorragique rebelle récidivante (*Sté Franç. d'Urologie*, in *Journal d'Urologie*, 4 avril 1934).
- HEITZ-BOYER (M.). — Urétrographie et formations diverticulaires. Son utilité pour la technique de l'évidement (*Société Franç. d'Urologie*, janvier 1935).
- Maladie diverticulaire de la prostate et lithiasé prostatique (*Sté Franç. d'Urologie*, fév. 1935).
- HOGGE (A.). — Fréquence, évolution et traitement des prostatites subaiguës et chroniques non blennorragiques et non tuberculeuses (*Liège Médical*, janvier 1931).
- HORTOLOMEI et TRAIAN KATZ-GALATZI. — Contribution à l'étude de l'urétrographie (*Journal d'Urologie*, 1933, Vol. XXXVI, n° 4, pag. 321 et N° 5, pag. 437).
- HUTT. — Recherches anatomiques et histophysiologiques sur l'utricule prostatique (*Thèse de Strasbourg*, 1926-1927).
- ISELIN. — Malformations de l'urètre postérieur (*Société Franç. d'Urologie*, 1926).
- JANET. — Prostatite d'origine intestinale (*Ass. Franç. d'Urologie*, 1902).
- Les mystères du deuxième verre (*Journal d'Urologie*, 1934).
- JOMAIN (J.). — L'Uréthrographie. Technique et résultats (*Thèse de Paris*, 1936).
- LAGRENÉ. — L'Urétrographie chez l'homme (*Thèse de Lille*, 1932).
- LAURET (J.). — Contribution à l'étude de l'urétrographie dans la pathologie urétrale (*Thèse de Montpellier*, 1936).
- LEBRUN (I.). — Prostatites blennorragiques (*Thèse de Paris*, 1931).

- LEGOMTE. — Contribution à l'étude des prostatites chroniques.
- LEDoux-LEBARD, GARCIA-CALDERON et PELETIN. — L'exploration radiologique de l'urèthre masculin et de la prostate (*Journal de Radiologie et d'électrologie*, septembre 1931).
- LE FUR. — Prostatite chronique simulant l'hypertrophie prostatique (*Ass. Franç. d'Urologie*, 1903, 1904 et 1909).
- De la diathermie en Urologie (*Congrès d'Urologie*, 1921).
- LEGUEU. — Traité d'Urologie.
- LUYS. — Traité des maladies de la prostate.
- Traité de Cytoscopie et d'Urétroscopie.
- Les cavernes prostatiques (*Archives des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1934).
- MARION. — Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques (*Société Franç. d'Urologie*, in *Journal d'Urologie*, 1921).
- Traité d'Urologie, 1935.
- Des erreurs dans l'interprétation des urétrographies (*Société Franç. d'Urologie*, in *Journal d'Urologie*, mars 1936).
- MERRIL (E. P.). — True prostatic calculi (*The Journal of Am. Med. Ass.*, n° 25, décembre 1920).
- MINET. — Le diagnostic de la prostatite chronique et du cancer (Discussion *Ass. Franç. d'Urologie*, 1929).
- MONTAIGNE. — Contribution à l'étude du traitement de la prostatite chronique (*Thèse de Paris*, 1931).
- MOORE. — Etiology and symptomatology of chronic prostatitis (*Am. Journal of Urology*, N. Y., 1910).
- NICHOLSON and FIALA. — Urethrography (*The Journal of Urology*, octobre 1932).
- ORAISON. — Prostatites chroniques (*Encyclopédie Française d'Urologie*, vol. VI).

- PAPIN. — Exploration et traitement des lésions de l'urètre postérieur et du col vésical avec l'appareil de Mac-Carthy (*Archives urologiques de Necker*, vol. III).
- PASTEAU. — Le diagnostic de la prostatite chronique et du cancer (*Congrès d'Urologie*, 1929).
- PERRIN (J.). — Prostatites chroniques méconnues (*Journal d'Urologie*, janvier 1927).
- PETIT (J.). — Persistance de l'infection gonococcique de l'urètre due à des cavernes prostatiques (*Thèse de Paris*, 1935).
- PHÉLIP. — Traitement de certaines suppurations chroniques de la prostate par curettage endoscopique (*Congrès d'Urologie*, 1933).
- ROUSSY, LERROUX et OBERLIN. — Précis d'Anatomie Pathologique.
- SANJURJO y RAMIREZ. — Importance de l'urétrographie dans la maladie diverticulaire de la prostate (*Thèse de Paris*, 1935).
- SPEIKENS. — Le diagnostic et le traitement des prostatites (*Bruxelles Médical*, n° 25, 19 avril 1931).
- TRUCHET et VINCENT. — A propos de la technique de l'urétrographie (*Société Franç. d'Urologie*, mai 1935).
- VIGE. — L'Urétrographie (*Thèse de Paris*, 1931).
- VINCENT (P.). — L'urétrographie par voie mictionnelle (*Thèse de Paris*, 1935).
- VOGEL. — Prostatite chronique hypertrophiante et maladie diverticulaire (*Thèse de Paris*, 1936).
- VON LACKUM (W. H.). — Clinical and experimental data on prostatic infection (*The Journal of Urology*, septembre 1929).
- VON LACKUM (W. H.) and MITCHELL (G.). — Chronic prostatitis and vesiculitis ; physic and microscopic data (*British Journal of Urology*, septembre 1929).

WALLANCE (D.). — Prostatism (*Edimbourg Medico-Chirurgical Society*, in *British Medical Journal*, 1910, Vol. I).

WUGMESTER. — Le traitement des prostatites chroniques par injections intraprostatiques de vaccins (*Journal d'Urologie*, novembre 1934).

YOUNG. — Management of chronic prostatitis (*Journal Missouri M. A.*, juillet 1932).

TABLE DES MATIÈRES

YOUNG. — Management of chronic prostatitis (<i>Journal</i>)	
Introduction	13
Etiologie	15
Bactériologie	20
Pathogénie	22
Anatomie pathologique	24
Symptomatologie	32
L'exploration endoscopique et radiologique de la prostate	47
Uréthroscopie	49
Uréthrographie	57
Classification	68
Diagnostic	78
Traitement	83
Observations	91
Conclusions	113
Bibliographie	115



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

30 00 00 00 LYON 00 00 00 00



